An die  
Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10–12  
A – 1010 Wien

**im Wege der Landesärztekammer**

**Evaluierungsbogen**

**für die Anrechnung ausländischer Ausbildungszeiten gem. § 14 ÄrzteG**

*Dieser Evaluierungsbogen dient als Nachweis für Aus-/Weiterbildungen in Ländern,*

*in denen keine normierten landesspezifischen Zeugnisse Anwendung finden.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztin/Arzt in Ausbildung:** | | | | |
| Name: |  | | | Vorname: | |  |
| Geburtsdatum: | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ausbildungszeitraum:** | | | | |
| von: |  | bis: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausbildungsstätte:** | | |
|  | Krankenhaus: |  | |
| Abteilung: |  | |
| Name und Fachgebiet der/des Ausbildungsverantwortlichen: | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lehrpraxis: |  |
| Praxisinhaber: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ausbildungsberechtigung**\* im Fach: | | | | | |
|  | | | | | |
| im Ausmaß von |  | Monaten | seit: |  |
|  | *\* Eine Bestätigung der zuständigen Behörde ist beizulegen.* | | | | |

1. **Ausbildung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von: |  | bis: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| im Fach: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | als Turnusärztin/Turnusarzt (in Basisausbildung) | |
|  | als Assistenzärztin/Assistenzarzt (in Facharztausbildung) | |
|  | andere Tätigkeit: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beschäftigungsausmaß: |  | % |
|  |  | Stunden pro Woche | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | klinisch |  | % | davon |  | % Ambulatorium/Poliklinik |
|  | nicht-klinisch |  | % | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Nacht-/Wochenend-/Feiertagsdienste pro Monat : (durchschnittlich) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fehlzeiten: (gesamt) | | | | | | | | | |
| Urlaub: | |  | | Tage | | | | | |
| Krankenstand: | |  | | Tage | | | | | |
| Mutterschutz: | | | von: | |  | bis: |  | |  |
| Karenz/Elternzeit: | | | von: | |  | bis: |  | |  |
| Sonstige: |  | | | | | |  | Tage | |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Ausbildungsstelle wurde refundiert durch: | |
|  | die Krankenanstalt |
|  | eine staatliche Institution im Rahmen eines Stipendiums: (bitte anführen) |
|  |  |
|  | Sonstiges: (bitte anführen) |
|  |  |

1. **Krankenhaus/Lehrpraxis**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung: |  |
| Adresse: |  |
|  |  |
| Telefon/Fax: |  |
| E-Mail: |  |
| Website: |  |

|  |
| --- |
| Institution, der das Krankenhaus untersteht: |
|  |

|  |
| --- |
| Name und Fachgebiet der ärztlichen Leitung: |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Welche Abteilungen gibt es? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesamtzahl der Betten: |  |

1. **Abteilung**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung: |  |

|  |
| --- |
| Name und Fachgebiet der Abteilungsleitung: |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Betten an der Abteilung: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambulanz: |  | ja | Patientenfrequenz pro Tag: |  |
|  |  | nein |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personelle Ausstattung: (Gesamtzahl) | | |
| berufsberechtigte Allgemeinärztinnen/-ärzte: |  |
| berufsberechtigte Fachärztinnen/-ärzte: |  |
| in Ausbildung stehende Ärztinnen/Ärzte: |  |

|  |
| --- |
| Technische Ausstattung: |
| Apparative Einrichtungen: |
|  |
| Fachspezifisches Leistungsspektrum: (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten) |
|  |

1. **Tätigkeitsbeschreibung**

|  |
| --- |
| Detaillierte Beschreibung der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten und ärztlichen Tätigkeiten (allenfalls ergänzt durch einen OP-/Leistungskatalog): |
|  |

|  |
| --- |
| Zusätzlich erworbene Qualifikationen, begleitende Kurse, fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten : |
|  |

|  |
| --- |
| Anmerkungen der/des Ausbildungsverantwortlichen : |
|  |

|  |
| --- |
| Für die Richtigkeit der Angaben zeichnen verantwortlich: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assistenz-/Turnusarzt/-ärztin  Name und Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ausbildungsverantwortliche/r  Name und Unterschrift |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Abteilungsleiter/in / Lehrpraxisinhaber/in  Name und Unterschrift |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Stampiglie | Datum (tt.mm.jjjj) |  | Ort |