



**Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen
von abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifender Tätigkeit**

Der Krankenanstaltenträger gibt im Zuge des Verfahrens der Anerkennung folgender Krankenanstalt/Abteilung als Ausbildungsstätte an:

Krankenanstalt/Abteilung/Organisationseinheit

1. Werden Turnusärztinnen/ Turnusärzte für abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 2 ÄrzteG 1998, BGBl 82/2014 eingesetzt?

(bei negativer Antwort sind keine weiteren Beantwortungen notwendig)

- Ja
- Nein

Sind die organisatorischen Rahmenbedingungen gegeben?

Angabe der Abteilung/Organisationseinheit (OE), an der	Bettenanzahl gesamt	Bettenanzahl je Turnusarzt
a) die Ausbildung erfolgt		
b) die in Ausbildung stehenden Ärzte zusätzlich eingesetzt werden		
c) die in Ausbildung stehenden Ärzte zusätzlich eingesetzt werden		
Summe:		

2. Bestätigung, dass während des Einsatzes an der angeführten Abteilung/OE/ an den angeführten Abteilungen/OE zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standpunkt der Krankenanstalt zur Verfügung steht.

- Ja
- Nein

3. Bestätigung, dass die Tätigkeiten an der angeführten Abteilung/OE/ an den angeführten Abteilungen/OE außerhalb der Kernausbildungszeit (d.h. nicht in der Zeit von 07.00 bis 16.00 Uhr) ausgeübt werden.

- Ja
- Nein



4. Bestätigung, dass die an der angeführten Abteilung/OE/ an den angeführten Abteilungen/OE durchgeführten Tätigkeiten ausschließlich die im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen umfassen.

- Ja
 Nein

5. Bestätigung, dass die Gesamtzahl der auf die einzelne Turnusärztin/ den einzelnen Turnusarzt entfallenden Betten bei Tätigwerden in zwei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 60, bei Tätigwerden in drei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 45 nicht überschreitet.

- Ja
 Nein

6. Bestätigung, dass die abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten nicht in Ambulanzen von Abteilungen/OE ausgeübt werden.

- Ja
 Nein

Datum:

Ort:

Unterschrift/Stampiglie
der ärztlichen Direktion: