

Frau/Herr: _____

STAFF4ORDI

DAS ÄRZTEKAMMER
AUSBILDUNGSPROGRAMM



ÄRZTEKAMMER
FÜR WIEN

Lehrgang Ordinationsassistentenz der Ärztelammer für Wien

Lernzielkatalog für die praktische Ausbildung **(Kompetenzerwerb)**

Die praktische Ausbildung umfasst insgesamt 330 Unterrichtseinheiten (UE), die vom/von der Ausbildungsverantwortlichen zu bestätigen sind. Die einzelnen Kompetenzen sind jeweils mit Datum, Anzahl der Unterrichtseinheiten sowie der Unterschrift zu bestätigen.

(1) kennt die zur Anwendung kommenden Abrechnungssysteme/Honorarordnungen;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(2) weiß, welche Kassen welche Leistungen genehmigen/abgelten;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(3) kann mit dem Arzneimittelbewilligungssystem (ABS) bzw. mit dem Erstattungskodex (EKO) umgehen

Datum: _____ Unterschrift: _____

(4) kennt die für die jeweilige Ordination relevantesten Kooperationspartner; zB Unfallambulanz, Krankenhaus, Krankentransporte, Mobile Dienste, Soziale Dienste, Gesundheitsberufe etc.

Datum: _____ Unterschrift: _____

(5) kann die in der jeweiligen Ordination vorhandene Hard- und Software bedienen (ua das in der jeweiligen Ordination vorhandene EDV-System zur Abrechnung von erbrachten Leistungen, e-Card und Folgeprodukte);

Datum: _____ Unterschrift: _____

(6) kann die in der Ordination vorhandenen Ablagesysteme zur Evidenzhaltung wichtiger Termine, Daten, Namen und Adressen handhaben;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(7) hält die ordinationsspezifischen Standards zur Terminvergabe ein;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(8) kann Ordinationstermine koordinieren;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(9) kann seine/ihre Reinigungs- und Pflegeaufgaben gemäß Hygieneplan in der Ordination wahrnehmen;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(10) kann die in der Ordination vorhandenen Instrumente, Geräte reinigen und aufbereiten/pflegen;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(11) ist mit den Inhalten des Visiten-/Hausbesuchskoffers sowie des Notfallkoffers vertraut;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(12) kennt den ordinationsspezifischen Notfallplan;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(13) weiß, wann die Erhebung welcher medizinischen Basisdaten in der Ordination angezeigt ist;

✓ Gewicht

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ Größe

Datum: Unterschrift:

✓ Temperatur

Datum: Unterschrift:

✓ Puls

Datum: Unterschrift:

✓ Blutdruck

Datum: Unterschrift:

✓ Kopfumfang

Datum: Unterschrift:

(14) kann die jeweiligen Assistenz Tätigkeiten im Rahmen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung durchführen; Assistenz Tätigkeiten entsprechend dem Leistungsspektrum der Ordination zB bei:

✓ Injektionen und Infusionen

Datum: Unterschrift:

✓ Impfungen

Datum: Unterschrift:

✓ Desensibilisierungen

Datum: Unterschrift:

✓ Vorsorgeuntersuchungen

Datum: Unterschrift:

✓ Wundversorgung/-management

Datum: Unterschrift:

✓ MUKI-Untersuchungen

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ Ohrspülungen

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ EKG

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ Spirometrie

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ kleinen operativen Eingriffen

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ Harngewinnung

Datum: _____ Unterschrift: _____

(15) kennt seine/ihre Befugnisse und deren Grenzen im Rahmen der Durchführung dieser Maßnahmen;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(16) kennt typische Fehler- und Gefahrenquellen im Zuge der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Untersuchungen und Behandlungen sowie entsprechende Fehler- und Gefahrenvermeidungsstrategien;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(17) kann die nachstehenden Maßnahmen unter Zuhilfenahme der in der Ordination vorhandenen Geräte und Hilfsmittel vorbereiten, durchführen und nachbereiten (inklusive Patienteninformation, -vorbereitung und -anleitung); entsprechend dem Leistungsspektrum der Ordination bei:

✓ venöser und kapillärer Blutgewinnung

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ **Schnelldiagnostika:**
Harnstreifen, Blutzucker, Gerinnungskontrolle, Test auf Blut im Stuhl,
Rachenabstrich

Datum: _____ Unterschrift: _____

✓ **Physikalischen Therapiemaßnahmen im Überblick:**
Mikrowelle, Ultraschall, Strom, Inhalation, Laser

Datum: _____ Unterschrift: _____

(18) kennt seine/ihre Befugnisse und deren Grenzen im Rahmen der Durchführung dieser Maßnahmen;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(19) kennt typische Fehler- und Gefahrenquellen im Zuge der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung dieser Maßnahmen sowie entsprechende Fehler- und Gefahrenvermeidungsstrategien;

Datum: _____ Unterschrift: _____

(20) kann die (die Ordinationsassistenz betreffenden) ordinationsspezifischen Maßnahmen zur Abfallentsorgung durchführen (inkl. Kompetenzaufteilung, Organisationsabläufe und lokalen Gegebenheiten);

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Ausbildungsverantwortlichen