

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**