

Antrag auf Zuerkennung des Qualifikationsnachweises für die  
Durchführung sonografischer Untersuchungen  
(nach den Sonografie-Richtlinien vom 19. Juni 1993 der ÖÄK)

An die Ausbildungskommission  
der Ärztekammer für Tirol  
Anichstraße 7  
A-6020 Innsbruck

Antragsteller(in):

Name: .....

Adresse: .....

Tel.: .....

Arbeitsstätte: .....

Arzt für Allgemeinmedizin seit: .....

in Ausbildung

Facharzt für ..... seit: .....

in Ausbildung

**I. Ich erbringe Ausbildungsnachweise für folgende Untersuchungsregionen:**

- Oberbauch
- Nieren
- Retroperitoneum
- Unterbauch einschließlich Harnblase, Restharn beim Mann
- Geburtshilffliche Sonografie
- Unterbauch einschließlich Harnblase, Uterus, Ovarien bei der Frau

**Die Ausbildung erfolgte im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt durch**

- \* 6 Monate ständige Tätigkeit oder
- \* 1 Jahr begleitende Tätigkeit

Bestätigung mit Angabe der Zeit und untersuchter Regionen durch Beilage(n) Nr. ....

**Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt und erfülle folgende Voraussetzungen:**

- \* 3 Monate begleitende Tätigkeit,
- \* 40 Stunden ÖGUM Kurse,
- \* 500 dokumentierte, selbständig durchgeführte Untersuchungen,

- \* positives Fachgespräch mit Ausbildnern

Bestätigung mit Angabe von Zeitraum und Anzahl der Untersuchungen betreffender Regionen, Kursbestätigung, Bestätigung über Fachgespräch durch Beilagen Nr. ....

**Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt und erfülle folgende Voraussetzungen:**

- \* 40 Stunden ÖGUM Kurse,
- \* 500 dokumentierte, selbständig durchgeführte Untersuchungen unter Anleitung und Aufsicht eines anerkannten Ausbildners,
- \* positives Fachgespräch mit Ausbildnern

Bestätigung mit Angabe von Anzahl der Untersuchungen, Kursbestätigung, Bestätigung über Fachgespräch durch Beilagen Nr. ....  
Name des anerkannten Ausbildners, Ort: .....

**Ich beantrage den Qualifikationsnachweis für die Tätigkeit als Ausbildner für gynäkologische und geburtshilfliche Sonografie**

Bestätigung über mindestens zweijährige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und 2500 dokumentierte (1500 geburtshilfliche und 1000 gynäkologische) durchgeführte Untersuchungen durch Beilagen Nr. ....

**Ich beantrage den Qualifikationsnachweis für die Tätigkeit als Ausbildner für Sonografie des Abdomens und Retroperitoneums**

Bestätigung über mindestens zweijährige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik und 2500 dokumentierte (1500 abdominelle und 1000 retroperitoneale incl. Nieren) durchgeführte Untersuchungen durch Beilagen Nr. ....

**2. Ich erbringe Ausbildungsnachweise für folgende Untersuchungsregionen**

**(Anzahl benötigter Untersuchungen in Klammer angeführt):**

- Prostata (100)
- Scrotum (50)
- Transvaginale Sonografie (200)
- Transrektale Sonografie (100)
- Mammae (100)
- Cerebrale Sonografie durch die offene Fontanelle (100)
- Hüftsonografie im ersten Lebensjahr (200)
- Sonografie des Bewegungsapparates (100)
- Schilddrüse (100)
- Halsweichteile (100)
- Direktionale Dopplersonografie peripherer Arterien und Venen (100)
- Direktionale Dopplersonografie extracranieller Hirnarterien (100)
  - sowie intracranieller Hirnarterien (100)
- Duplexsonografie (150)

**Die Ausbildung erfolgte im Rahmen der postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt durch**

- \* 6 Monate ständige Tätigkeit oder
- \* 1 Jahr begleitende Tätigkeit

Bestätigung mit Angabe der Zeit und untersuchter Regionen durch Beilage(n) Nr. ....

**Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt in Ausbildung bzw. Facharzt, habe bereits eine Ausbildung für den/die Bereich(e)**

- Oberbauch
  - Nieren
  - Retroperitoneum
  - Unterbauch einschließlich Harnblase, Restharn beim Mann
  - Geburtshilfliche Sonografie
  - Unterbauch einschließlich Harnblase, Uterus, Ovarien bei der Frau
- absolviert und erfülle zahlenmäßig die in den Ausbildungsrichtlinien geforderten Untersuchungen.

Bestätigung mit Angabe von Anzahl der Untersuchungen jeweiliger Regionen durch Beilagen Nr. ....

**Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt in Ausbildung bzw. Facharzt, habe keine Ausbildung für einen der Bereiche**

- Oberbauch
  - Nieren
  - Retroperitoneum
  - Unterbauch einschließlich Harnblase, Restharn beim Mann
  - Geburtshilfliche Sonografie
  - Unterbauch einschließlich Harnblase, Uterus, Ovarien bei der Frau
- absolviert und erfülle folgende Voraussetzungen:
- \* 3 Monate begleitende Tätigkeit,
  - \* 30-40 Stunden ÖGUM Kurse,
  - \* dokumentierte, selbständig durchgeführte Untersuchungen in doppelt oben angeführter Anzahl (Ausnahme: Direktionale Dopplersonografie bleibt 100),
  - \* positives Fachgespräch mit Ausbildnern

Bestätigung mit Angabe von Zeitraum und Anzahl der Untersuchungen betreffender Regionen, Kursbestätigungen, Bestätigung über Fachgespräch durch Beilagen Nr. ....

**Ich bin Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt in Ausbildung bzw. Facharzt, habe keine Ausbildung für einen der Bereiche**

- Oberbauch
- Nieren
- Retroperitoneum
- Unterbauch einschließlich Harnblase, Restharn beim Mann
- Geburtshilfliche Sonografie
- Unterbauch einschließlich Harnblase, Uterus, Ovarien bei der Frau

absolviert und erfülle folgende Voraussetzungen:

- \* 30-40 Stunden ÖGUM Kurse,
- \* dokumentierte, selbständig durchgeführte Untersuchungen in doppelt oben angeführter Anzahl unter Anleitung und Aufsicht eines anerkannten Ausbildners (Ausnahme: Direktionale Dopplersonografie bleibt 100),
- \* positives Fachgespräch mit Ausbildnern

Bestätigung mit Angabe von Zeitraum und Anzahl der Untersuchungen betreffender Regionen, Kursbestätigungen, Bestätigung über Fachgespräch durch Beilagen Nr. ....  
Name des anerkannten Ausbildners, Ort: .....

**Ich beantrage den Qualifikationsnachweis für Tätigkeit als Ausbildner für folgende(s) Untersuchungsgebiet(e):**

- Prostata
- Scrotum
- Transvaginale Sonografie
- Transrektale Sonografie
- Mammae
- Cerebrale Sonografie durch die offene Fontanelle
- Hüftsonografie im ersten Lebensjahr (nur für Fachärzte für Kinder- u. Jugendheilkunde, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie Medizinische Radiologie-Diagnostik)
- Sonografie des Bewegungsapparates
- Schilddrüse
- Halsweichteile
- Direktionale Dopplersonografie peripherer Arterien und Venen
- Direktionale Dopplersonografie extracranieller Hirnarterien
  - sowie intracranieller Hirnarterien
- Duplexsonografie

Bestätigung über mindestens zweijährige Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik des einschlägigen Untersuchungsgebietes und das fünffache oben angeführter Untersuchungszahlen durch Beilagen Nr. ....

Alle entsprechenden Nachweise finden sich durchnummeriert in der Beilage.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift