**Antrag auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von Ausbildungsstellen als Fachärztin/Facharzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte beachten Sie: | |
| Datumsformat: **tt.mm.jjjj** | ☒ Zutreffendes ankreuzen |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1 | Rechtsträgerin/Rechtsträger | |
|  | Bezeichnung: | Klicken Sie hier, um die **Bezeichnung** einzugeben. |
| Adresse: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.2 | Einrichtung | |
|  | Krankenanstalt: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Abteilung/Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Universitätsklinik: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **(Klinische) Abteilung/Department** einzugeben. |
|  | Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Sonderkranken-anstalten: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Selbstständiges Ambulatorium: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Untersuchungs-anstalt der Gesundheits-verwaltung: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Arbeitsmedizinisches Zentrum: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungs-bedürftiger Rechtsbrecher: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Krankenabteilung einer Justizanstalt: | Klicken Sie hier, um **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1.3 | Fachgebiet |
|  | Anästhesiologie und Intensivmedizin |
|  | Anatomie |
|  | Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie |
|  | Augenheilkunde und Optometrie |
|  | Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie |
|  | Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie |
|  | Herzchirurgie |
|  | Kinder- und Jugendchirurgie |
|  | Neurochirurgie |
|  | Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie |
|  | Thoraxchirurgie |
|  | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
|  | Gerichtsmedizin |
|  | Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde |
|  | Haut- und Geschlechtskrankheiten |
|  | Histologie, Embryologie und Zellbiologie |
|  | Innere Medizin |
|  | Innere Medizin und Angiologie |
|  | Innere Medizin und Endkrinologie und Diabetologie |
|  | Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie |
|  | Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie |
|  | Innere Medizin und Infektiologie |
|  | Innere Medizin und Intensivmedizin |
|  | Innere Medizin und Kardiologie |
|  | Innere Medizin und Nephrologie |
|  | Innere Medizin und Pneumologie |
|  | Innere Medizin und Rheumatologie |
|  | Kinder- und Jugendheilkunde |
|  | Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin |
|  | Klinische Immunologie |
|  | Klinische Immunologie und Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin |
|  | Klinische Pathologie und Molekularpathologie |
|  | Klinische Pathologie und Neuropathologie |
|  | Klinische Mikrobiologie und Hygiene |
|  | Klinische Mikrobiologie und Virologie |
|  | Medizinische Genetik |
|  | Medizinische und Chemische Labordiagnostik |
|  | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
|  | Neurologie |
|  | Nuklearmedizin |
|  | Orthopädie und Traumatologie |
|  | Pharmakologie und Toxikologie |
|  | Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation |
|  | Physiologie und Pathophysiologie |
|  | Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin |
|  | Public Health |
|  | Radiologie |
|  | Strahlentherapie-Radioonkologie |
|  | Transfusionsmedizin |
|  | Urologie |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Angaben zum Antrag** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | Allgemeines | |
|  | Gewünschtes Anerkennungsdatum: | Klicken Sie hier, um **Datum** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SFG - Sonderfach-Grundausbildung | |
|  | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFG: | Klicken Sie hier, um die **Zahl** einzugeben. |
|  | Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate: | Klicken Sie hier, um das **Ausbildungsausmaß** einzugeben. |
|  | Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen: | Ja  Nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung | | |
|  | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFS: | | Klicken Sie hier, um die **Zahl** einzugeben. |
|  | Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate: | | Klicken Sie hier, um das **Ausbildungsausmaß** einzugeben. |
|  | Flexible Besetzung gewünscht: | | Ja  Nein |
|  | Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen: | | Ja  Nein |
|  | | Angabe der beantragten Module/Spezialgebiete: | |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 1: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 2: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 3: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 4: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 5: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 6: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 7: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 8: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |
|  |  | Modul/Spezialgebiet 9: | Klicken Sie hier, um **die Bezeichnung** einzugeben. |
|  | Klicken Sie hier, um das **Ausmaß** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur (§ 10 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)** |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 | Personelle Besetzung |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1.1 | Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit | |
|  | Name: | Klicken Sie hier, um **Namen** einzugeben. |
| Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um das **Fachgebiet** einzugeben. |
| Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um das **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1.2 | Stv. Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit (Stv. Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher) | |
|  | Name: | Klicken Sie hier, um den **Namen** einzugeben. |
| Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um das **Fachgebiet** einzugeben. |
| Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um das **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1.3 | weitere Fachärztinnen/Fachärzte *(Erforderliche Daten:*   * *Name* * *Fachärztin/Facharzt für* * *Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]* * *Beschäftigungsausmaß in Stunden)* |
|  | Klicken Sie hier, um weitere **Fachärztinnen/Fachärzte** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1.4 | Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung/Organisationseinheit |
|  | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.2 | Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit | |
|  | Anzahl der Bettenstationen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der Betten: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Schwerpunkte: | Klicken Sie hier, um **Schwerpunkte** einzugeben. |
|  | Tagesklinik/Wochenklinik: | Klicken Sie hier, um **Tagesklinik/Wochenklinik** einzugeben. |
|  | Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten pro Jahr: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der stationären Aufnahmen pro Jahr: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | **Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 10 Abs. 2 Z 2, Abs. 4b und 4c ÄrzteG 1998)** |
|  | Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:  Ja  Nein  Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 10 Abs. 4b ÄrzteG 1998 entsprechend aufbereitete Darstellung des Leistungsspektrums zu erbringen, aus der die für die beantragte Anzahl von Ausbildungsstellen umfängliche und inhaltliche Vermittelbarkeit vollständig, nachvollziehbar und schlüssig hervorgeht.  Vorzulegen sind eine vollständig befüllte Schablone, in der - bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Ausbildungsstätte und gegliedert nach den zu vermittelnden Fertigkeiten unter Heranziehung des Definitionenhandbuches für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 1 ÄrzteG 1998– die Leistungszahlen gemäß § 10 Abs. 4c ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte Zahl der Ausbildungsstellen, wobei zu beachten ist, dass die Leistungszahlen gemäß § 10 Abs. 4c ÄrzteG 1998 über die rein rechnerisch erforderliche Höhe in einem solchen Ausmaß hinausgehen müssen, dass die durch Fachärztinnen/Fachärzte der Organisationseinheiten zu erbringenden Leistungen angemessen berücksichtigt werden.  Hinweis:  Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ([aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at](mailto:aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at)) stellt auf Anfrage die abteilungs-/organisationseinheitenbezogenen Daten dem Träger zur Verfügung. Bitte nennen Sie dabei auch das relevante Fach. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine direkte Übermittlung dieser Daten an das Referat Gesundheitsrecht der Abteilung 8 des Landes Steiermark nicht zulässig. Nicht in den Daten des BMSGPK vorhandene relevante Informationen zu ausgewählten Fertigkeiten müssen vom Träger ergänzt werden (z.B. nachzuweisende Zahlen in Fertigkeiten wie Gastroskopien, Endoskopien). |

|  |  |
| --- | --- |
| **5.** | **Nachweis über die erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte (§ 10 Abs. 2 Z 3 Ärztegesetz 1998)** |
|  | Es wird bestätigt, dass die Krankenanstalt/ Universitätsklinik/ sonstige Organisationseinheit einer medizinischen Universität/ Sonderkrankenanstalt/ Selbstständiges Ambulatorium/ Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung/ Arbeitsmedizinisches Zentrum/ Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/Krankenabteilung einer Justizanstalt über alle zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | **Nachweis für die Übernahme von Tätigkeiten gem. § 15 Abs. 5 GuKG idF BGBl. I Nr. 185/2013 (§ 10 Abs. 2 Z 4 ÄrzteG 1998)** |
|  | Es wird erklärt, dass die Krankenanstalt/ Universitätsklinik/ sonstige Organisationseinheit einer medizinischen Universität/ Sonderkrankenanstalt/ Selbstständiges Ambulatorium/ Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung/ Arbeitsmedizinisches Zentrum/ Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/Krankenabteilung einer Justizanstalt, sofern pflegerische Leistungen zu erbringen sind, über einen Pflegedienst verfügt, der die Durchführung jener Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997 idF BGBl. I Nr. 185/2013, ausdrücklich bezeichnet sind (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich), gewährleistet und Turnusärztinnen/Turnusärzte für diese Tätigkeiten insbesondere im Zeitraum der neunmonatigen Basisausbildung herangezogen werden können, wenn dies für den Erwerb der für die Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten notwendig ist.  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **7.** | **Ausbildungskonzept (§ 10 Abs. 2 Z 5 Ärztegesetz 1998)** |
|  | Ein Ausbildungskonzept ist dem Antrag beigelegt:  Ja  Nein  Anleitung zur Erstellung des Ausbildungskonzeptes  Gemäß § 10 Abs. 2 Z 5 ÄrzteG 1998 hat der Träger im Zuge der Anerkennung einer Abteilung/Organisationseinheit als Ausbildungsstätte ein Ausbildungskonzept vorzulegen, das unter Darlegung der Ausbildungsstättenstruktur und möglicher Rotationen die Vermittlung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt.  Nachfolgende Inhalte hat das vom Ausbildungsverantwortlichen frei formulierte Ausbildungskonzept jedenfalls aufzuweisen. Die kursiv markierten Passagen sind als Beispiele zu sehen.  1. Arbeitsplatzbasierte Lehrsituationen   * Morgenbesprechung (*Vorstellung der eigenen Patientinnen/Patienten* etc.) * Visite (*Betreuung der eigenen Patientinnen/Patienten – Prozedere unter Aufsicht festlegen etc*.) * Lehroperation (*Operationsplanung, Assistenz durch erfahrene Fachärztinnen/Fachärzte*) * Boards (z.B. *Tumorboard*) * Bedside Teaching (*Demonstration einer Untersuchungstechnik* etc.)   2. Theoretisches Angebot   * Fallbesprechungen (Ein *Mal alle 6 Wochen: Aufarbeiten von kritischen Patientinnen/Patienten*) * extern zu besuchende Veranstaltungen? Wie oft? Inhalte? * intern zu besuchende Veranstaltungen? (z.B. *Blut, Hygiene und Reanimation*) * Fertigkeitstraining? (z.B. *vor einer OP oder einem diagnostischem Eingriff - Training der Methode in der Simulation/Kurs* etc.)   3. Lehrmaterial  Folgendes ist den in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzten verpflichtend zur Verfügung zu stellen und im Ausbildungskonzept anzuführen:   * EDV-Zugang * Zugang zu Standardwerken (z.B. *EBM-Guidelines der Ärztekammer*) * Zugang zu mindestens einem ausgewählten wissenschaftlichen Fachjournal   4. Unterstützende Maßnahmen   * Evaluationsgespräche und Supervision (z.B. *Balintgruppen*)   strukturierte Dokumentation des Leistungsfortschrittes etc. |

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit (§ 10 Abs. 13 ÄrzteG 1998)** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Turnusärztinnen/Turnusärzte werden für abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 ÄrzteG 1998 **nicht** eingesetzt. |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | Turnusärztinnen/Turnusärzte werden für abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 ÄrzteG 1998 eingesetzt. |
|
|  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Angabe der Abteilung/Organisationseinheit (OE), an der** | | **Bettenanzahl gesamt** | **Bettenanzahl je Turnusärztin/Turnusarzt** | | die in Ausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte zusätzlich eingesetzt werden: | Klicken Sie hier, um **Text** einzugeben. | Klicken Sie hier, um **Anzahl** einzugeben. | Klicken Sie hier, um **Anzahl** einzugeben. | |
|  | Bestätigung, dass während des Einsatzes an der angeführten Abteilung/OE zu jedem Zeitpunkt eine fachlich verantwortliche Ärztin/ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standpunkt der Krankenanstalt zur Verfügung steht.  Ja  Nein |
|
|  | Bestätigung, dass die Tätigkeiten an der angeführten Abteilung/OE außerhalb der Kernausbildungszeit (d.h. nicht in der Zeit von 7:00 bis 16:00 Uhr) ausgeübt werden.  Ja  Nein |
|  | Bestätigung, dass die an der angeführten Abteilung/OE durchgeführten Tätigkeiten ausschließlich die im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen umfassen.  Ja  Nein |
|  | 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 |
|  | Bestätigung, dass die abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeiten nicht in Ambulanzen von Abteilungen/OE ausgeübt werden.  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** | **Eine Kooperationsvereinbarung wird dem Antrag angeschlossen** |
|  | Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **10.** | **Notwendige Beilagen** |
|  | * Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur |
| * Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen im beantragten Sonderfach) |
| * Auflistung der zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials |
| * Nachweis für die Übernahme von Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG |
| * Schriftliches Ausbildungskonzept |
| * Allfälliger Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit |
| * Allfällige Kooperationsvereinbarung(en) |

|  |  |
| --- | --- |
| **11.** | **Datenschutzrechtlichen Bestimmungen** |
|  | 1. Im Zuge dieses Verfahrens bekanntgegebene Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, werden auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt zum Zweck der Abwicklung des eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung. 2. Die allgemeinen Informationen    * zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;    * zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;    * zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationsseite ([https://datenschutz.stmk.gv.at](https://datenschutz.stmk.gv.at/)).   Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen.  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **12.** | **Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:** |
|  | Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt.  Ja  Nein |

|  |
| --- |
| (Unterschrift/Stampiglie der Pflegedirektion ) |
|  |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |

|  |
| --- |
| (Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers) |
|  |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |

|  |
| --- |
| (Unterschrift/Stampiglie der ärztlichen Direktion ) |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |