

**Operationsverzeichnis**  
(vom Antragsteller **selbstständig** durchgeführte Operationen)

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Abt. (Klinik) \_\_\_\_\_

**selbstständig** durchgeführt hat.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärztin/Arztes)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/s Antragsteller/s/in)

## Operationsverzeichnis

(Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade)

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Abt. (Klinik) \_\_\_\_\_

**assistiert** hat.

---

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärztin/Arztes)

---

(Unterschrift der/s Antragsteller/s/in)