

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Gemeinsame Inhalte für die Gebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
den konstruktiven, rekonstruktiven und ästhetischplastisch-chirurgischen Operationen zur Korrektur von Fehlbildungen und Fehlformen, zur Versorgung frischer Verletzungen und Verletzungsfolgen, zur Rekonstruktion nach Tumoroperationen einschließlich mikrochirurgischer Techniken sowie Nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluss und freie Haut- und Gewebetransplantationen in der Kopf- und Hals-Region	
der Lokal- und Regionalanästhesie in der Kopf-Hals-Region	
der Nachbehandlung nach operativen Eingriffen	

Stempel und Unterschrift der/s
zur Weiterbildung ermächtigten Ärztin / Arztes

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - ergänzend zu den oben dargestellten gemeinsamen Inhalten -:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
operative Eingriffe in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, davon	200	
<ul style="list-style-type: none"> Korrekturen von Fehlbildungen und Fehlleistungen an der äußeren Nase (Rhinoplastik), an der Ohrmuschel (Otoplastik), den übrigen Formen der Fehlbildungen der Nase, der Ohrmuschel, des Gesichts und der Haut (Zysten, Fisteln, Naevi) einschließlich osseointegrierter Systeme 	50	
<ul style="list-style-type: none"> Versorgung von Verletzungen und Entzündungen sowie deren Folgen des Gesichts, des Ohres, der Mundhöhle, der Nase einschließlich der Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen, der Rhino- und der Otobasis einschließlich Duraplastik, des Halses, Pharynx und der Trachea 	50	
<ul style="list-style-type: none"> Wiederherstellung und Korrekturen nach Traumen und Tumoroperationen einfache Lappenplastiken (z. B. Transpositions-, Verschiebe- oder Insellappen), schwierige Lappenplastiken (z. B. myokutane Lappen, große gestielte Lappen, Rundstiellappen) auch unter Verwendung artefizieller Hautdehnungsverfahren (Gewebeexpander), freie Haut- und Gewebetransplantationen (davon 5 composite grafts), Entnahme von Knorpel und von knöchernen Transplantaten 	50	
<ul style="list-style-type: none"> Operationen an peripheren Gefäßen und Nerven mikrovaskulärer Gewebetransfer (z. B. gestielter Unterarmplatten), mikrochirurgische Nervenkonstruktionen 	10	
<ul style="list-style-type: none"> - ästhetische Gesichtschirurgie einschließlich Narbenkorrekturen, Z- und W-Plastiken und Konturverbesserungen 	10	

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie - ergänzend zu den oben dargestellten gemeinsamen Inhalten -:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
operative Eingriffe in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie , davon	200	
• plastische dentoalveoläre Operationen	10	
• wiederherstellende Operationen nach Infektionen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	10	
• wiederherstellende Operationen nach umfangreichen Verletzungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	25	
• Operationen der Fehlbildungschirurgie, z.B. bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, craniofacialen Anomalien	25	
• funktionelle und rekonstruktive Kiefergelenk-Operationen, z. B. bei Dysgnathien, Dysostosen	25	
• präprothetische Chirurgie mit und ohne enossale Implantate	10	
• Wiederherstellung von Form und Funktionen bei ausgedehnten Tumorresektionen	25	
• Operationen an peripheren Nerven und Gefäßen sowie mikrochirurgische Wiederherstellung von Gefäßen und Nerven	10	
• ästhetische Gesichtschirurgie einschließlich Narbenkorrekturen und Konturverbesserung	25	

□ ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

Ich/Wir bestätigen, daß

Frau/Herr _____

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom _____ bis _____

an der Abt. (Klinik) _____

selbständig durchgeführt hat.

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

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

(Unterschrift des Antragstellers)

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.

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

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

(Unterschrift des Antragstellers)