

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 Spezielle Orthopädische Chirurgie

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Weiterbildungsinhalte Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in	Absolviert Ja (+) / Nein (-)
den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO	
der Diagnostik und Indikationsstellung zur Durchführung operativer und nicht operativer Behandlungen von schweren Deformitäten und Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane einschließlich der postoperativen Überwachung	
der Durchführung operativer Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade an Wirbelsäule, Schulter/Oberarm/Ellenbogen, Unterarm/Hand, Becken, Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniegelenk, Unterschenkel, Sprunggelenk und Fuß	
plastisch-rekonstruktiven Eingriffen in Zusammenhang mit Fehlstellungen, auch einschließlich Amputationen	

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Operative Eingriffe bei schweren Erkrankungen und Deformitäten der Stütz- und Bewegungsorgane, davon		
- an der Wirbelsäule, davon		
- Bandscheibenvorfall, enger Spinalkanal	10	
- dorsale Eingriffe mit und ohne Fusion	10	
- venterale Eingriffe mit und ohne Fusion	10	
- an Schulter / Oberarm / Ellbogen, davon		
- arthroskopische Operationen	25	
- offene Eingriffe einschl. Gelenkersatz	25	
- an Unterarm / Hand, davon		
- Weichteileingriffe	25	
- knöcherne Eingriffe	25	

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 Spezielle Orthopädische Chirurgie

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
- am Becken (knöcherner Eingriffe)	10	
- am Hüftgelenk, davon		
- Weichteileingriffe	10	
- primäre Endoprothesenimplantationen bei Coxarthrose	50	
- Endoprothesenwechsel	10	
- am Oberschenkel (knöcherner Eingriffe), z. B. Korrekturosteotomien	10	
- am Kniegelenk, davon		
- Weichteileingriffe einschl. arthroskopische Operationen	25	
- Bandplastiken, Knorpelersatzoperationen	10	
- primäre Endoprothesenimplantationen	25	
- Endoprothesenwechsel	10	
- am Unterschenkel, davon		
- Weichteileingriffe	10	
- Osteotomien	10	
- am Sprunggelenk, davon		
- Weichteileingriffe einschl. arthroskopische Operationen	10	
- Endoprothesen und Arthrodesen	10	
- am Fuß, davon		
- Sehnenverlängerung und -verlagerung	10	
- Korrekturosteotomien	25	
- Arthrodesen	10	
- Korrekturen bei komplexen Deformitäten	10	
Plastisch-rekonstruktive Eingriffe einschl. Amputationen	10	
Eingriffe bei Knochen- und Weichteiltumoren	10	
Eingriffe an Gefäßen und Nerven einschl. mikrochirurgischer Techniken	10	
Eingriffe bei Infektionen an Weichteilen, Knochen und Gelenken	25	

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)