

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 Kinder-Orthopädie

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 Durchführung konservativer und operativer Behandlungen von Erkrankungen, Verletzungen, Verletzungsfolgen, angeborenen und erworbenen Formveränderungen sowie Fehlbildungen an der Wirbelsäule und den Extremitäten	
der differentialdiagnostischen Bewertung bei komplexen syndromalen Fehlbildungen sowie der Indikationsstellung zu verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren	
den orthopädischen Rehabilitations- und Behandlungsverfahren im Kindesalter bei neuroorthopädischen Erkrankungen	
Planung, Durchführung und Überwachung bei der Anpassung von orthopädischen Hilfsmitteln, Orthesen, Prothesen im Wachstumsalter	

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 Kinder-Orthopädie

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)
Sonographien im Wachstumsalter, davon	250	
- an der Säuglingshüfte	100	
konservative Behandlungen, davon		
- am Hüftgelenk, davon	100	
- Dysplasie-Behandlungen	25	
- an den Füßen, davon	100	
- Klumpfußbehandlungen	25	
- an den Kniegelenken	25	
- an der Wirbelsäule	25	
operative Eingriffe, davon		
- an der Wirbelsäule, davon		
- instrumentelle Deformitäten	10	
- bei Tumoren oder Infektionen	10	
- an der oberen Extremität	25	
- an der unteren Extremität, davon		
- offene Hüftrepositionen	10	
- Beckenosteotomien	10	
- Femurosteotomien	10	
- Osteosyntheseverfahren bei Gelenkersatzoperationen, Frakturen, Knochenverlängerungen, Tumoren	10	
- Korrekturingriffe bei Fußdeformitäten	10	
Orthopädische Rehabilitations- und Behandlungsverfahren bei neuroorthopädischen Erkrankungen im Kindesalter	10	
Planung, Durchführung und Überwachung bei der Anpassung von orthopädischen Hilfsmitteln, Orthesen und Prothesen	10	

□ ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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)