# 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)