

**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“)

**an der Wirbelsäule**

**Anzahl**

- Bandscheibenvorfall, enger Spinalkanal

Mikrodisketomie lumbal bei Bandscheibenvorfall \_\_\_\_\_

- dorsale Eingriffe mit und ohne Fusion

Kyphoplastie bei osteoporotischer WK-Fraktur \_\_\_\_\_

dorsale Instrumentierungen bei lumbaler Spinalkanalstenose \_\_\_\_\_

- ventrale Eingriffe mit und ohne Fusion

Wundrevision bei Hämatoserom nach ventralem Wirbelsäuleneingriff \_\_\_\_\_

ventrale lumbale Spondylodese \_\_\_\_\_

**an Schulter / Oberarm / Ellbogen**

- arthroskopische Operationen

bei Impingementsyndrom mit subacromialer Dekompression,  
AC-Gelenksresektion \_\_\_\_\_

- offene Eingriffe einschl. Gelenkersatz

Schulter-TEP \_\_\_\_\_

offene RM-Naht \_\_\_\_\_

Neurolyse N. ulnaris bei Sulcus-ulnarissyndrom \_\_\_\_\_

Operation nach Hohmann bei Epicondylitis humeri radialis \_\_\_\_\_

**an Unterarm / Hand**

- Weichteileingriffe

Synovektomie Handgelenk \_\_\_\_\_

Synovektomie Beugesehne Hand \_\_\_\_\_

Synovektomie Strecksehne Hand \_\_\_\_\_

Synovektomie Fingergrundgelenke \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 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“)

**an Unterarm / Hand**

- knöcherne Eingriffe

Arthrodese Fingerendgelenke \_\_\_\_\_  
Resektionsarthroplastik Daumensattelgelenk \_\_\_\_\_  
Silikonprothese Fingermittelgelenk \_\_\_\_\_

**am Becken (knöcherne Eingriffe)**

Beckenkammspongiosa bzw. kortikale Spanentnahme \_\_\_\_\_  
Pfannendachplastik mittels autologer Spongiosaplastik \_\_\_\_\_

**am Hüftgelenk**

- Weichteileingriffe

Wundrevision bei Hämatoserom und periprothetischem Infekt  
im Rahmen der Endoprothetik \_\_\_\_\_

- primäre Endoprothesenimplantationen bei Coxarthrose

zementfreie Endoprothese \_\_\_\_\_  
zementierte Endoprothese \_\_\_\_\_

- Endoprothesenwechsel

Endoprothesenwechsel bei septischer /aseptischer Lockerung \_\_\_\_\_  
einseitiger Wechsel bei aseptischer Lockerung \_\_\_\_\_  
zweiseitiger Wechsel bei septischer Lockerung \_\_\_\_\_

**am Oberschenkel (knöcherne Eingriffe)**

Verschraubung bei Epiphyseolysis capitis femoris \_\_\_\_\_  
Derotationsosteotomie an der Femurdiaphyse \_\_\_\_\_  
Abtragung kartilaginärer Exostose \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 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“)

### am Kniegelenk

- Weichteileingriffe einschl. arthroskopische Operationen

Kniegelenksarthroskopie \_\_\_\_\_  
Bursektomie bei Bursitis präpatellaris \_\_\_\_\_  
offene Ganglionentfernung bei Meniskusganglion \_\_\_\_\_

- Bandplastiken, Knorpelersatzoperationen

Quadrizepssehnnah \_\_\_\_\_  
VKB-Plastik mittels Semitendinosustransplantat \_\_\_\_\_  
Patellarsehnnah \_\_\_\_\_

- primäre Endoprothesenimplantationen

primäre Knie-TEP-Implantation \_\_\_\_\_  
Implantation einer zementierten bikondylären Oberflächenersatz  
prothese am Knie, zementiert \_\_\_\_\_

- Endoprothesenwechsel

Knie-TEP-Wechsel \_\_\_\_\_  
Wechsel Hemischlitten auf Totalendoprothese mit tibialem Stem \_\_\_\_\_

### am Unterschenkel

- Weichteileingriffe

Kompartmentsyndrome am Unterschenkel \_\_\_\_\_  
Hämatomausräumung am Unterschenkel \_\_\_\_\_

- Osteotomien

valgisierende Tibiakopfosteotomie \_\_\_\_\_  
Derotationsosteotomie distaler Unterschenkel \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 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“)

### am Sprunggelenk

#### - Weichteileingriffe einschl. arthroskopische Operationen

OSG Arthroskopie bei lateralem Narbenimpingement mit  
Narbenresektion \_\_\_\_\_

OSG Arthroskopie bei intraartikulärem Infekt Spülung Debridement \_\_\_\_\_

#### - Endoprothesen und Arthrodesen

OSG Prothese \_\_\_\_\_

OSG/USG Arthrodesen \_\_\_\_\_

### am Fuß

#### - Sehnenverlängerung und -verlagerung

Sehnenverlängerung Zehenstrecker \_\_\_\_\_

Tibialis posterior Sehnentransfer bei Pes planus valgus \_\_\_\_\_

#### - Korrekturosteomien

Operation nach Hohmann bei Krallenzehe \_\_\_\_\_

Operation nach Chevron Metatarsale-1 bei Hallux valgus \_\_\_\_\_

Basisosteotomie MT-1 \_\_\_\_\_

#### - Arthrodesen

Großzehengrundgelenksarthrodesen \_\_\_\_\_

Talo-navicular-Gelenk \_\_\_\_\_

#### - Korrekturen bei komplexen Deformitäten

Rückfußkorrekturosteotomie \_\_\_\_\_

Akin Osteotomie \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift 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“)

### Plastisch-rekonstruktive Eingriffe einschl. Amputationen

Mesh-Graft-Plastik bei Hautdefekt und sekundärer Wundheilung \_\_\_\_\_  
Achilles-Sehnenrekonstruktion, Fuß \_\_\_\_\_  
Oberschenkelamputation \_\_\_\_\_

### Eingriffe bei Knochen- und Weichteiltumoren

Rheumaknotenentfernung Fuß \_\_\_\_\_  
Exostosenabtragung Fuß \_\_\_\_\_

### Eingriffe an Gefäßen und Nerven einschl. mikrochirurgischer Techniken

Karpaltunnelspaltung (Neurolyse Nervus medianus) \_\_\_\_\_  
Neurolyse und Verlagerung des Nervus Ulnaris \_\_\_\_\_  
Dekompression des N. Ulnaris, bei Sulcus nervi ulnaris Syndrom \_\_\_\_\_  
Portkatheteranlage zur Vena cephalica zur Chemotherapie \_\_\_\_\_

### Eingriffe bei Infektionen an Weichteilen, Knochen und Gelenken

Revision Schultergelenkempyem \_\_\_\_\_  
Revision Claviculaosteitis \_\_\_\_\_  
Anlage einer Vacuum-Versiegelung bei Infekt \_\_\_\_\_  
Revision septische Rückfußarthrodese \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers)