

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

- *knöchernen Eingriffe*

Arthrodese Fingerendgelenke _____

Resektionsarthroplastik Daumensattelgelenk _____

Silikonprothese Fingermittelgelenk _____

am Becken (knöchernen 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 (knöchernen 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 tibialen Stem _____

am Unterschenkel

- Weichteileingriffe

Kompartmentsyndrome am Unterschenkel _____
Hämatomausräumung am Unterschenkel _____

- Osteotomien

valgusierende 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)