

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 Handchirurgie

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 Vorbeugung, (Früh-) Erkennung, operativen und nichtoperativen Behandlung der Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen der Hand einschließlich der mikrochirurgischen Technik zur Replantation und der Bildung freier Lappen zur Deckung posttraumatischer und tumorbedingter Haut- Weichteildefekte	
der Rehabilitation und Nachsorge der Verletzungen und Erkrankungen der Hand	
der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen	
der Lokal- und Regionalanästhesie an der oberen Extremität	

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Operative Eingriffe an		
- Haut und Subkutis, davon		
- freie Hauttransplantation	10	
- gestielte Nah- und Fernlappenplastiken	10	
- Insellappen und freie Transplantationen mit mikrovaskulärem Anschluss	10	

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 Handchirurgie

Ich / Wir bestätige(n), daß

Frau / Herr _____

in der Abt. (Klinik) / Praxis _____

in der Zeit von / bis _____

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

- Sehnen, davon		
- Beuge- und Strecksehennähte,	10	
- Transplantationen	10	
- Tenolysen	10	
- Synovialektomien,	10	
- Sehnenumlagerungen als motorische Ersatzoperation	10	
- Operationen der Dupuytren'schen Kontraktur	10	
- Knochen, davon		
- geschlossene Frakturbehandlungen	10	
- Osteosynthesen	10	
- Korrekturosteotomien	10	
- Behandlungen von Pseudarthrosen	10	
- Knochentransplantationen	10	
- Gelenken, davon		
- Luxationsbehandlungen,	10	
- Nähte der Seitenbänder oder der palmaren Platte	10	
- sekundäre Bandrekonstruktionen	10	
- Denervierungen,	10	
- Arthrolysen und Arthroplastiken	10	
- Synovialektomien	10	
- Arthrodesen	10	
- Arthroskopien	10	
- Nerven, davon		
- mikrochirurgische Wiederherstellungen	10	
- Nerventransplantationen	10	
- Neurolysen	10	
- Blutgefäßen,		
- z. B. mikrochirurgische Arterien- und Venennähte und Veneninterponate	25	
Lokalbehandlungen einschließlich besonderer Verletzungen, z. B. Brandverletzungen, chemische Verletzungen, Elektrotraumen, Spritzpistolenverletzungen, Kompartmentsyndrome und Volkmannsche Kontrakturen	10	

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 Handchirurgie

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)
Nervenkompressionssyndromen einschließlich des Karpaltunnelsyndroms	10	
- Tumorresektionen, davon		
- an den Weichteilen	10	
- am Knochen	10	
Eingriffe bei Infektionen	10	
Amputationen an der Hand	10	
Operationen angeborener Fehlbildungen an Hand und distalem Unterarm	10	

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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)