

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 Spezielle Unfallchirurgie

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 Erkennung und operativen sowie nicht operativen Behandlung von schweren Verletzungen und deren Folgezuständen einschließlich Notfalleingriffen und der postoperativen Überwachung	
der Organisation und Überwachung der Behandlung von Schwerverletzten	
den zur Behandlung von Schwer- und Mehrfachverletzten erforderlichen neurotraumatologischen, gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen und visceralchirurgischen Maßnahmen einschließlich mikrochirurgischer Techniken und des Traumamanagements in interdisziplinärer Zusammenarbeit	
der Durchführung operativer Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade an Körperhöhlen, Wirbelsäule, Schulter/Oberarm/Ellbogen, Unterarm/Hand, Becken, Hüftgelenk, Oberschenkel, Kniegelenk, Unterschenkel, Sprunggelenk und Fuß	
plastisch-rekonstruktiven Eingriffen zur primären oder sekundären Versorgung ausgedehnter Weichteilverletzungen und deren Folgen	
der Mitwirkung bei Operationen von Höhlenverletzungen	
der Behandlung und Dokumentation im Rahmen des Verletzungsartenverfahrens	

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Anzahl (soll)	Anzahl (absolviert)
Operative Eingriffe bei schweren Verletzungen und Verletzungsfolgen, davon		
- Notfalleingriffe in Körperhöhlen einschl. Trepanationen, Thorakotomien, Laparotomien	25	

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 Spezielle Unfallchirurgie

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)
- an der Wirbelsäule, davon - bei Frakturen, Luxationen, mit und ohne neurologischem Defizit - dorsale und ventrale Dekompression, Korrektur, Stabilisierung	10 10	
- an Schulter / Oberarm / Ellbogen, davon - Weichteileingriffe und arthroskopische Operationen - Knochen und Gelenkeingriffe bei Frakturen, Luxationen und Verletzungsfolgen	25 25	
- an Unterarm / Handgelenken, Hand, davon - Eingriffe zur Wiederherstellung der Sehnenkontinuität - Versorgung multistruktureller Verletzungen und Folgezuständen, auch unter Anwendung mikrochirurgischer Verfahren - Knochen- und Gelenkeingriffe bei Frakturen, Luxationen und Verletzungsfolgen	10 10 25	
- am Becken, davon - Innere/äußere Beckenringfrakturen - Acetabulumfrakturen	10 10	
- am Hüftgelenk, davon - Osteosynthesen oder Endoprothesen bei Frakturen und Verletzungsfolgen	25	
- am Oberschenkel, davon - Osteosynthesen bei Frakturen und Verletzungsfolgen	25	
- am Kniegelenk, davon - Weichteileingriffe und arthroskopische Operationen - Bandplastiken - Knochen- und Gelenkeingriffe bei Frakturen einschl. Endoprothesen und Osteotomien bei posttraumatischen Fehlstellungen	25 10 25	

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 Spezielle Unfallchirurgie

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)
- am Unterschenkel, davon - Weichteileingriffe einschl. gestielten Muskellappen - Eingriffe am Knochen bei Frakturen und Verletzungsfolgen	10 25	
- am Sprunggelenk, davon - Weichteileingriffe einschl. arthroskopische Operationen - Knochen- und Gelenkeingriffe bei Frakturen, Luxationen, Verletzungsfolgen	10 25	
- am Fuß, davon - Weichteileingriffe nach Verletzungen - Knochen- und Gelenkeingriffe bei Frakturen, Luxationen, Verletzungsfolgen	10 25	
Plastisch rekonstruktive Eingriffe zur primären oder sekundären Versorgung ausgedehnter Weichteilverletzungen und deren Folgen einschließlich Amputationen	25	
Versorgung pathologischer Frakturen	10	
Eingriffe an Gefäßen und Nerven einschließlich mikrochirurgischer Techniken	10	
Eingriffe bei Infektionen an Weichteilen, Knochen und Gelenken	25	
Behandlung von thermischen und chemischen Schädigungen	10	
Schwerverletztenbehandlung (Organisation, Durchführung und Überwachung), davon - bei Polytrauma (ISS > 16), auch auf der Intensivstation - - Behandlung im Verletzungsartenverfahren einschließlich Dokumentation	50 25	

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, das

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)