

Operationsverzeichnis

(von/m Antragsteller\*in **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.

**Notfalleingriffe**

**Anzahl**

Tracheotomie \_\_\_\_\_  
Thoraxdrainagenanlage durch Minithorakotomie \_\_\_\_\_

**Eingriffe an der Wirbelsäule**

Spinale Dekompression an der Lendenwirbelsäule \_\_\_\_\_  
offene Nukleotomie an der Lendenwirbelsäule \_\_\_\_\_  
Tumorentfernung subfaszial an der LWS \_\_\_\_\_  
Kyphoplastien bei Wirbelkörperfrakturen \_\_\_\_\_

**an Schulter, Oberarm und Ellbogen, davon**

- Weichteileingriffe, Arthroscopien, Knochen- und Gelenkeingriffe

Arthrotomie zur Spülung und Entfernung freier Gelenkkörper \_\_\_\_\_  
Bursektomien \_\_\_\_\_  
Stabilisierung Schulterergelenk mit K-Draht \_\_\_\_\_

- Frakturen

Plattenosteosynthese bei Claviculafraktur \_\_\_\_\_  
Marknagelung bei proximaler Humerusfraktur \_\_\_\_\_  
K-Draht-Osteosynthese bei suprakondylärer Humerusfraktur \_\_\_\_\_

**an Unterarm und Hand, davon**

- Sehnennähte, Synovektomien, Knochen- und Gelenkeingriffe

Arthrotomie Handgelenk zur Entfernung freier Gelenkkörper \_\_\_\_\_  
Ringbandspaltung bei Digitus saltans \_\_\_\_\_  
Strecksehennacht Langfinger nach traumatischer Ruptur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung befugten Ärzt\*innen)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller\*in)

Operationsverzeichnis

(von/m Antragsteller\*in **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.

---

- *Frakturen*

Plattenosteosynthese distaler Radius- oder Radiuschaftfraktur \_\_\_\_\_  
K-Draht Osteosynthese distale Radiusfraktur \_\_\_\_\_  
Fixateur externe bei Unterarmfraktur \_\_\_\_\_

**am Hüftgelenk, davon**

- *Weichteil-, Gelenkeingriffe, Osteotomien*

Proximale Femurresektion bei Infekt \_\_\_\_\_  
Hämatomausräumung Hüfte \_\_\_\_\_

- *Osteosynthesen, Endoprothesen bei Frakturen*

Osteosynthese Schenkelhalsfraktur mit dynamischer Hüftschraube \_\_\_\_\_  
Hüft-TEP nach Schenkelhalsfraktur \_\_\_\_\_  
Duokopfprothese bei medialer Schenkelhalsfraktur \_\_\_\_\_

- Endoprothesen bei Coxarthrose \_\_\_\_\_

**am Oberschenkel, davon**

- *Weichteileingriffe und Osteotomien*

Quadrizepssehnnennaht \_\_\_\_\_  
Spalthautgewinnung zur Deckung eines Unterschenkeldefektes \_\_\_\_\_  
Lipomentfernung Oberschenkel \_\_\_\_\_

- *Frakturen*

Osteosynthese Oberschenkelschaftfraktur mit Nagel \_\_\_\_\_  
Osteosynthese Oberschenkelschaftfraktur mit Fixateur extern \_\_\_\_\_  
peritrochantäre Femurfraktur, proximaler Femurnagel (PFN) \_\_\_\_\_

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärzt\*innen)

---

(Unterschrift Antragsteller\*in)

Operationsverzeichnis

(von/m Antragsteller\*in **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.

---

**am Kniegelenk, davon**

- Weichteileingriffe, Arthroskopien

Patellarsehnennaht

Kniegelenksarthrodese mittels Fixateur externe

Bursektomie bei Bursitis präpatellaris

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Osteotomien, Endoprothesen

Kniegelenktotalendoprothese bei Gonarthrose

- Frakturen

Schraubenosteosynthese bei Patellafraktur

Plattenosteosynthese bei Tibiakopffraktur mit Gelenkbeteiligung

proximale Unterschenkelfraktur, Fixateur externe

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**am Unterschenkel, davon**

- Weichteil- und Knocheneingriffe

Dynamisierung Tibianagel

Meshgrafttransplantation

Lipomentfernung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Frakturen

Osteosynthese Tibiaschaftfraktur durch Nagel

Unterschenkelfraktur, Fixateur externe

distale Unterschenkelfraktur, Plattenosteosynthese

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärzt\*innen)

---

(Unterschrift Antragsteller\*in)

Operationsverzeichnis

(von/m Antragsteller\*in **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.

---

**am Sprunggelenk, davon**

- Weichteileingriffe, Arthroskopien

Defektdeckung mit Spalthaut  
Naht von Syndesmosenrupturen und Stellschraube/  
Fixierung mittels Tight Rope

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Knochen- und Gelenkeingriffe

Abtragung von Osteophyten  
Arthrodese mit Fixateur externe

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Frakturen

Osteosynthese Außenknöchelfraktur durch Platte  
Osteosynthese Innenknöchelfraktur durch Schrauben  
Fraktur Innenknöchel, Zuggurtungsosteosynthese

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**am Fuß, davon**

- Weichteileingriffe

Knochen- und Weichteildebridement bei Infekt  
Emmert-Plastik

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Osteotomien, Gelenkeingriffe

Arthrolyse und Arthrotomie unteres Sprunggelenk  
Großzehenamputation bei Infekt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Frakturen

Plattenosteosynthese Fraktur fünfter Mittelfußknochen  
Schraubenosteosynthese Basisfraktur MFK V

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärzt\*innen)

---

(Unterschrift Antragsteller\*in)

Operationsverzeichnis

(von/m Antragsteller\*in **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.

---

**Eingriffe an Nerven und Gefäßen**

Gefäßnähte an der Hand \_\_\_\_\_

Karpaltunnelspaltung (Neurolyse Nervus medianus) \_\_\_\_\_

Neurolyse und Verlagerung des Nervus ulnaris \_\_\_\_\_

Dekompression des N. Ulnaris bei Sulcus-nervi-ulnaris-Syndrom \_\_\_\_\_

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

Revision Schultergelenkempyem \_\_\_\_\_

Revision Clavicula-Osteitis \_\_\_\_\_

Anlage einer Vacuum-Versiegelung bei Infekt \_\_\_\_\_

Revision septische Rückfußarthrodese \_\_\_\_\_

---

(Stempel und Unterschrift der/s zur Weiterbildung  
befugten Ärzt\*innen)

---

(Unterschrift Antragsteller\*in)