

Operationsverzeichnis
(vom Antragsteller **selbstständig** durchgeführte Operationen)

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr _____

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom _____ bis _____

an der Abt. (Klinik) _____

selbstständig durchgeführt hat.

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

(Unterschrift der/s Antragsteller/s/in)

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.

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

(Unterschrift der/s Antragsteller/s/in)