

Vorname, Nachname: _____

Geb. Datum: _____

Adresse: _____

OP Katalog bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

			Anzahl
Operative Behandlungen von Gefäß-, Nerven-, Sehnenverletzung	mind. 10	☐	_____
Operative Frakturversorgung Oberarm und Ellenbogen	mind. 20	☐	_____
Operative Frakturversorgung Unterarm und Hand	mind. 20	☐	_____
Operative Frakturversorgung Schenkelhals und Oberschenkel	mind. 10	☐	_____
Operative Frakturversorgung Knie und Unterschenkel	mind. 20	☐	_____
Operative Frakturversorgung Sprunggelenk und Fuß	mind. 10	☐	_____
Operative oder konservative Versorgung pathologischer Frakturen	mind. 5	☐	_____
Komplexe Wundversorgung, Amputationen, Infektionen	mind. 15	☐	_____
Schwerverletztenversorgung ISS ≥ 16	Kenntnis	☐	_____
Konservative Frakturversorgung obere Extremität	mind. 40	☐	_____
Konservative Frakturversorgung untere Extremität	mind. 20	☐	_____

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben korrekt sind und die entsprechenden Eingriffe ordnungsgemäß durchgeführt wurden.

Ort; Datum

Unterschrift zuständiger Chefarzt,
Stempel

Name in Druckbuchstaben