



**Antrag auf Erwerb einer Befugnis zur Weiterbildung und
Antrag auf Zulassung der Weiterbildungsstätte im ambulanten Bereich
für die Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie**

Bitte beachten Sie, alle notwendigen Anlagen den Antragsunterlagen beizufügen.

Vorname Name Antragsteller	
--------------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Einzelbefugnis
--------------------------	--

oder

<input type="checkbox"/>	Antrag auf Erteilung einer Gemeinsamen Befugnis* * Die weiteren Antragsteller müssen die Ergänzung zur Beantragung einer Gemeinsamen Befugnis beilegen.
--------------------------	---

Beantragter Umfang für die Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie		Monate
---	--	---------------

Tätigkeit in der ambulanten Versorgung als ...			
<input type="checkbox"/>	Vertragsarzt		
	<input type="checkbox"/> Mit einem vollzeitigem Versorgungsauftrag	<input type="checkbox"/> Mit einem <u>häufigen</u> Versorgungsauftrag	
	<input type="checkbox"/> Anderer Umfang:		
<input type="checkbox"/>	<u>angestellter</u> Arzt		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden	% / h/Woche
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
als							
in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Angabe in % und in Wochenstunden		% /		h/Woche	
<input type="checkbox"/>	Als Belegarzt						
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)							
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr							

Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
z. B. in einer Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis, einer weiteren Praxisniederlassung, MVZ oder als Belegarzt etc.						
in einem Umfang von					Wochenstunden	
Angabe des weiteren Tätigkeitsortes						

Machen Sie Hausbesuche?	<input type="checkbox"/>	ja, durchschnittlich		im Quartal
	<input type="checkbox"/>	nein		

Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)

Weiterbildungsstätte	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis / Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis mit:
<input type="checkbox"/>	Tagesklinik
<input type="checkbox"/>	Praxis in einem MVZ
<input type="checkbox"/>	sonstiges:
<input type="checkbox"/>	hat Nebenbetriebsstätten/Zweigpraxis

Weiterbildungsstätte und ggf. Träger der Einrichtung	
ggf. Name des ärztlichen Leiters der WBS	

durchschnittliche Fallzahl/Quartal des Antragstellers	
---	--

Ist ein eigener Arbeitsplatz (eigenes Sprechzimmer) für den Weiterzubildenden vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Teilnahme an Qualitätssichernden Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, welche		

Die Weiterzubildenden Ärzte erhalten ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann wurde es zuletzt aktualisiert?		

Dokumentierte Gespräche mit dem Weiterzubildenden zum Stand der Weiterbildung werden durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mindestens vierteljährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens halbjährlich	<input type="checkbox"/>	
Mindestens einmal im Jahr	<input type="checkbox"/>	

Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?	
<input type="checkbox"/>	nur Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Anstellungsverhältnis
<input type="checkbox"/>	Juniorpartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxispartnerschaft
<input type="checkbox"/>	Praxisübernahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Information über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bereitgestellt wird.

ja

nein

Ich bin einverstanden, dass das von mir eingereichte WB-Curriculum/-Programm auf der Homepage der Ärztekammer zusammen mit meiner Befugnis veröffentlicht wird.

ja

nein

Anerkennung der Rechte und Pflichten als Weiterbilder:

Mir ist bewusst, dass die Weiterbildung eine besonders ehren- und verantwortungsvolle Aufgabe ist, die neben der fachlichen Eignung vor allem auch eine persönliche Eignung und besondere Vorbildfunktion voraussetzt.

Ich verpflichte mich eine zügige und umfassende Weiterbildung gemäß dem Weiterbildungsprogramm/-curriculum in kollegialer Atmosphäre und im gegenseitigen Respekt zu ermöglichen und alle erforderlichen Unterlagen zeitnah zu erstellen, auszuhändigen und auf angemessene Arbeitsbedingungen hinzuwirken.

Ich anerkenne die Rechte und Pflichten der Befugten zur Weiterbildung.

Die Anlässe zur Prüfung der persönlichen Eignung als Weiterbildungsbefugter i. S. d. § 5 Abs. 2 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer M-V (WBO ÄK MV 2020) sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Kompetenzbogen Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Bitte lesen Sie die zeitlichen Anforderungen an die Weiterbildung (Weiterbildungsabschnitte) in der der WBO ÄK MV 2020 auf der Homepage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern nach.

[Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern \(aek-mv.de\)](http://aek-mv.de)

Antragsteller

WB-Stätte

Berichtszeitraum
(12 Monate)

Hinweise:

KM: Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit systematisch einordnen und erklären können.

Bitte kreuzen Sie diese Kompetenz nur dann als vermittelbar an, wenn eine **vollständige** Kognitive und Methodenkompetenz vermittelt werden kann = „systematisch einordnen und erklären“.

H: Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)

Der Weiterzubildende muss diesen Inhalt am Ende seiner Weiterbildungszeit eigenverantwortlich durchführen können.

Bitte kreuzen bzw. geben Sie hier eine Zahl nur dann an, wenn die Handlungskompetenz **vollständig** vermittelt werden kann = „selbständig durchführen“.

Die dunkel markierten Zellen sind nicht auszufüllen und bleiben leer.

In die weißen Zellen tragen Sie bitte eine Zahl (der Einrichtung) ein.

Mitwirkung: Dem Weiterzubildenden muss die Teilnahme an einer Untersuchung/Therapie, die primär durch einen anderen Arzt erbracht wird, auch interdisziplinär ermöglicht werden.

Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie		vermittelbar für 12 Monate			
Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie		Einrichtung		Persönlich	
KM	Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Lagerungstechniken, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Wundheilung und Narbenbildung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

KM	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Scoresysteme und Risikoeinschätzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalanästhesie und Schmerztherapie		Einrichtung		Persönlich	
H	Lokal- und Regionalanästhesien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik und Therapie nach dokumentierten Schmerztherapieplänen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzzuständen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Injektionen und Punktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Notfall- und Intensivmedizin		Einrichtung		Persönlich	
H	Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Überwachung, Monitoring, Dokumentation und Betreuung von intensivmedizinischen Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Differenzierte Beatmungstechniken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Mitbehandlung bei septischen Krankheitsbildern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Unterstützung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Zentralvenöse Zugänge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Arterielle Kanülierung und Punktionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Thorax-Drainage	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Legen eines transurethralen und suprapubischen Katheters	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Spezifische Inhalte in der Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie

Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie		Einrichtung		Persönlich	
KM	Biomechanik der Bewegungsorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Technische und biomechanische Grundlagen operativer und konservativer Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Einleitung und Durchführung von berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren einschließlich Durchgangsarztverfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein D-Arzt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein D-Arzt
Diagnostische Verfahren		Einrichtung		Persönlich	
H	Richtungsweisende Sonographie der Säuglingshüfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Durchführung und Befunderstellung von Ultraschalluntersuchungen, davon				
H	- Notfallsonographien (eFAST)				
H	- am Bewegungsapparat einschließlich Arthrosonographien				
H	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von konventioneller Röntgendiagnostik, davon	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- Notfalldiagnostik: Röntgendiagnostik ohne CT im Rahmen der Erstversorgung bei Erwachsenen und Kindern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- am Skelett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	- intraoperative radiologische Befundkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikation und Befunderstellung der Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung und Befundinterpretation neurophysiologischer Diagnostik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weichteilverletzungen und Wunden		Einrichtung		Persönlich	
KM	Therapieoptionen komplexer Weichteilverletzungen, Wunden und Verbrennungen sowie Infektionen der Weichteile, des Knochens und der Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik von komplexen Weichteilverletzungen und Wunden, die mit einer Knochenverletzung einhergehen				
H	Diagnostik und Therapie unkomplizierter Weichteilverletzungen einschließlich einfacher thermischer Verletzungen				
H	Prävention, Diagnostik und Therapie des zentralen und peripheren Kompartmentsyndroms				
Konservative Therapiemaßnahmen		Einrichtung		Persönlich	
KM	Grundlagen manualmedizinischer Verfahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Indikationsstellung, Überwachung und Dokumentation von Verordnungen der physikalischen Therapie bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, insbesondere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

H	- zur Prävention	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- zur Frühmobilisation und Rehabilitation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Therapieoptionen einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei degenerativ-entzündlichen Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Konservative Therapie einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen, davon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- bei degenerativen Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- bei angeborenen und erworbenen Deformitäten im Kindes- und Erwachsenenalter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- bei Luxationen, Frakturen, Distorsionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Injektionen und Punktionen an Stütz- und Bewegungsorganen auch radiologisch/sonographisch gestützt, davon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- an der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Indikation, Gebrauchsschulung und Überwachung von Hilfsmitteln an den Stütz- und Bewegungsorganen, insbesondere bei Einlagen, Orthesen, Prothesen und Schuhtechnik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen alternativer Heilverfahren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Deformitäten und Reifungsstörungen		Einrichtung	Persönlich
KM	Angeborene und erworbene Deformitäten im Kindes- und Jugendalter, z. B. bei Hüftdysplasie, Wirbelsäulen- und Fußdeformitäten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik angeborener und erworbener Deformitäten und Reifungsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen		Einrichtung	Persönlich
KM	Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
KM	Therapieoptionen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen an den Bewegungsorganen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms		Einrichtung	Persönlich
KM	Verletzungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Erstversorgung von Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms		
Sportverletzungen		Einrichtung	Persönlich
H	Diagnostik und Therapie von Sportverletzungen und Sportschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore an den Stütz- und Bewegungsorganen		Einrichtung	Persönlich
KM	Konservative und operative Therapieoptionen von muskuloskelettalen Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Diagnostik von muskuloskelettalen Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Polytraumamanagement		Einrichtung	Persönlich
H	Diagnostik, Therapie und interdisziplinäres Management für Schwer- und Mehrfachverletzte, davon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- mit einem Injury Severity Score (ISS) von mindestens 16 Punkten		
Operative Verfahren		Einrichtung	Persönlich
KM	Grundlagen der operativen Technik und Operationsschritte bei Erkrankungen und Verletzungen an den Stütz- und Bewegungsorganen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Weichteileingriffe, insbesondere an Sehnen, Bändern, Muskeln, Haut, Weichteiltumoren, Nerven, Synovia, davon		
H	- Nervenfreilegungen und Neurolysen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	- notfallmäßige Versorgung von Gefäßen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
H	Therapeutische Arthroskopien an großen Gelenken, insbesondere Knie-, Sprung- und Schultergelenk, davon		
H	- Knie		
H	- Schulter		
H	Osteosynthesen bei Frakturen und Osteotomien an der oberen Extremität, davon		
H	- Plattenosteosynthesen		
H	- Marknagelungen		
H	- Fixateur externe		
H	- Zuggurtungsosteosynthesen		
H	Osteosynthesen bei Frakturen und Osteotomien an der unteren Extremität, davon		
H	- Plattenosteosynthesen		
H	- Marknagelungen		
H	- Fixateur externe		
H	- Zuggurtungsosteosynthesen		
H	Versorgung mit Primärendoprothesen, davon		
H	- Hüfte		
H	- Knie		
H	Mindestens in erster Assistenz Becken- und Wirbelsäuleneingriffe		
H	Operative Therapie bei Infektionen an Weichteilen, Knochen oder Gelenken		
H	Implantatentfernungen		
H	Erste Assistenz bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. bei Implantatwechsel		

Strahlenschutz		Einrichtung		Persönlich	
KM	Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
KM	Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
H	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel
Einrichtung

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag folgende Anlagen bei:

(falls nicht bereits in vorherigen Antragsverfahren eingereicht oder Änderungen eingetreten sind)

1. beruflicher Werdegang
2. Beschreibung der beruflichen/ärztlichen Tätigkeitsfelder und evtl. Besonderheiten der WB-Stätte
3. bei operativen Fächern: ein persönlicher Operationskatalog der letzten zwei Jahre (keine OPS-Übersicht)
4. das gegliederte Programm für die Umsetzung der Weiterbildung im beantragten Weiterbildungsabschnitt an der Weiterbildungsstätte (§ 5 Abs. 10 WBO ÄK MV 2020)
5. Darstellung der apparativen Ausstattung der Weiterbildungsstätte
6. aktueller Arztregisterauszug der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 0385 / 74 31 363)