



**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 <b>Antragsteller</b>	
--------------------------------------	--

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

oder

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

<b>Beantragter Umfang für die Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie</b>	<b>Monate</b>
---	---------------

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

<b>Weitere Tätigkeiten in der stationären Versorgung</b>				<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"/>	<b>Als Belegarzt</b>				
Bei einer Belegarztstätigkeit Anzahl der Belegbetten (Bitte entsprechende Kopie des Belegarztvertrages beifügen.)					
Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr					

<b>Weitere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung</b>				<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					

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

**Angaben zur Weiterbildungsstätte (WBS)**

<b>Weiterbildungsstätte</b>	
<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 <b>Weiterbildung</b>	<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"/>	

<b>Welche Perspektive haben Weiterzubildende nach Abschluss Ihrer Weiterbildung bei Ihnen?</b>	
<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 eine beglaubigte Kopie des Bescheides über die Erteilung der Befugnis zur Weiterbildung / Zulassung als Weiterbildungsstätte an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern überreicht wird.

Bitte durchstreichen, wenn Sie nicht einverstanden sind!

---

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 Tumortherapie	<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
<b>Lokalanästhesie und Schmerztherapie</b>		<b>Einrichtung</b>		<b>Persönlich</b>	
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
<b>Notfall- und Intensivmedizin</b>		<b>Einrichtung</b>		<b>Persönlich</b>	
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**

<b>Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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
<b>Diagnostische Verfahren</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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
<b>Weichteilverletzungen und Wunden</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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		
<b>Konservative Therapiemaßnahmen</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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
<b>Deformitäten und Reifungsstörungen</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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
<b>Rheumatische Erkrankungen</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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
<b>Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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		
<b>Sportverletzungen</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
H	Diagnostik und Therapie von Sportverletzungen und Sportschäden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Tumore an den Stütz- und Bewegungsorganen</b>		<b>Einrichtung</b>	<b>Persönlich</b>
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)