Formular drucken | Zurücksetzen | Speichern unter

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen (MKG)

1. Angaben zur Person

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

den konstruktiven, rekonstruktiven und ästhetisch-plastisch-chirurgischen Operationen zur Korrektur von Fehlbildungen und Fehlformen, zur Versorgung frischer Verletzungen und Verletzungsfolgen, zur Rekonstruktion nach Tumoroperationen einschließlich mikrochirurgischer Techniken sowie Nah- und Fernlappenplastiken mit und ohne Gefäßanschluss und freie Haut- und Gewebetransplantationen in der Kopf- und Hals-Region	◯ ja ◯ nein
der Lokal- und Regionalanästhesie in der Kopf-Hals-Region	◯ ja ◯ nein
der Nachbehandlung nach operativen Eingriffen	◯ ja ◯ nein

Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Berichtszeitraum (i.d.R. 1 Jahr) von: __.__.____ bis: __.__.____

Bitte tragen Sie die exakten Ist-Zahlen des angegebenen Berichtszeitraumes ein!

200		operative Eingriffe in der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, davon	
10	-	plastische dentoalveoläre Operationen	
10	-	wiederherstellende Operationen nach Infektionen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
25	-	wiederherstellende Operationen nach umfangreichen Verletzungen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
25	-	Operationen der Fehlbildungschirurgie, z. B. bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, craniofacialen Anomalien	
25	-	funktionelle und rekonstruktive Kiefergelenk-Operationen, z. B. bei Dysgnathien, Dysostosen	
10	-	präprothetische Chirurgie mit und ohne enossale Implantate	
25	-	Wiederherstellung von Form und Funktionen bei ausgedehnten Tumorresektionen	
10	-	Operationen an peripheren Nerven und Gefäßen sowie mikrochirurgische Wiederherstellung von Gefäßen und Nerven	
25	-	ästhetische Gesichtschirurgie einschließlich Narbenkorrekturen und Konturverbesserung	

Fortsetzung auf die nächste Seite ->

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen (MKG)

Arztnummer, wenn bekannt

Hinweis:
Die Zahlen auf der linken Seite entsprechen den Leistungszahlen, die ein/e Assistenzarzt/ärztin in der gesamten Weiterbildungszeit erbringen muss, um die inhaltlichen Vorgaben der WO erfüllen zu können.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

Ort _____ *Datum* __.__.____

Unterschrift / Stempel _____