

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)  
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen  
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO  
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Abt. (Klinik) / Praxis \_\_\_\_\_

in der Zeit von / bis \_\_\_\_\_

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

| <b>Weiterbildungsinhalte</b><br>Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in  | <b>Absolviert</b><br>Ja (+) / Nein (-) |
|--|--|
| den Inhalten der Weiterbildung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen der WBO  |  |
| der Vorbeugung, Erkennung und operativen Behandlung von Gelenk-, Wirbelsäulen- und Weichteilmanifestationen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und deren Epidemiologie |  |
| der Indikationsstellung und Durchführung rheumaorthopädischer Operationen an den Weichteilen, der Wirbelsäule und den Gelenken   |  |
| physikalischen Therapiemaßnahmen, Krankengymnastik und Ergotherapie, Lagerung, Orthesen, Schienen- und Apparatechnik sowie Gelenkinjektionen                                   |  |

| <b>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b>   | <b>Anzahl (soll)</b> | <b>Anzahl (absolviert)</b> |
|---|----------------------|----------------------------|
| rheumaorthopädische Operationen an den Weichteilen, der Wirbelsäule und den Gelenken, davon                     |                      |                            |
| - Synovektomien an den großen Gelenken  | <b>25</b>            |                            |
| - Synovektomien an den kleinen Gelenken   | <b>50</b>            |                            |
| - Tendosynovektomien  | <b>25</b>            |                            |
| - Arthrodesen   | <b>10</b>            |                            |
| - Gelenkersatzoperationen   | <b>25</b>            |                            |
| - Resektionsarthroplastiken   | <b>25</b>            |                            |
| - Sehnenverlagerungen, -rekonstruktionen und -transplantationen   | <b>10</b>            |                            |
| - Neurolysen und Verlagerungen von peripheren Nerven  | <b>10</b>            |                            |
| - Weichteileingriffe, z. B. Burssektomien, Entfernungen von Rheumaknoten, Probeexzisionen (auch arthroskopisch) | <b>25</b>            |                            |
| - rekonstruktive Eingriffe an der Hand  | <b>25</b>            |                            |
| - rekonstruktive Eingriffe am Fuß   | <b>25</b>            |                            |

Stempel und Unterschrift der/s  
zur Weiterbildung ermächtigten Ärztin / Arztes

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlage zum Zeugnis gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.2005 (WBO)  
entsprechend den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Schwerpunkten und Bereichen  
gemäß § 4 Abs. 4 und § 12 WBO  
Auf Abschnitt C WBO wird ausdrücklich hingewiesen

## Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie

Ich / Wir bestätige(n), dass

Frau / Herr \_\_\_\_\_

in der Abt. (Klinik) / Praxis \_\_\_\_\_

in der Zeit von / bis \_\_\_\_\_

folgende Weiterbildungsbestandteile absolviert hat:

| Untersuchungs- und Behandlungsmethoden        | Anzahl<br>(soll) | Anzahl<br>(absolviert) |
|---|------------------|------------------------|
| Konservative Maßnahmen, davon                 |                  |                        |
| - Überwachung und Anleitung von Ergotherapien | <b>50</b>        |                        |
| - Hilfsmittelversorgung                       | <b>50</b>        |                        |

ggf. weitere Bemerkungen des/der Weiterbildungsbefugten:

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

Ich/Wir bestätigen, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_

die in nachstehendem Operationsverzeichnis aufgeführten Operationen

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

an der Abt. (Klinik) \_\_\_\_\_

**selbständig** durchgeführt hat.

---

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

---

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

---

(Unterschrift des Antragstellers)

**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.

---

(Wir bitten um Spezifizierung des Operationsverzeichnisses nach Eingriffsart mit Angabe der anatomischen Region unter Beachtung der Gliederung im Operationsverzeichnis in der „Richtlinie über den Inhalt der Weiterbildung“)

---

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

---

(Unterschrift des Antragstellers)