

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

7.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

(Orthopäde und Unfallchirurg/Orthopädin und Unfallchirurgin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.
Weiterbildungszeit	72 Monate im Gebiet Chirurgie unter Anleitung eines Weiterbildungsermächtigten an zugelassenen Weiterbildungsstätten, davon <ul style="list-style-type: none"> • müssen 48 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden - können zum strukturierten Kompetenzerwerb bis zu 12 Monate Weiterbildung in anderen Gebieten erfolgen

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B								
B. Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Chirurgie								
1. Übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie								
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Chirurgische Techniken und Instrumentengebrauch, insbesondere Inzision, Präparation, Retraktion, Naht- und Knotentechniken einschließlich Laseranwendung unter Berücksichtigung der verschiedenen Gewebestrukturen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chirurgische perioperative Behandlung einschließlich Vorbereitung, Lagerungstechniken, Nachsorge und Komplikationsmanagement sowie Indikationsstellung zu weiterführenden Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techniken der temporären Ruhigstellung und Fixationsverbände				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Prophylaxe, Diagnostik und Therapie von Thrombosen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilung und Narbenbildung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Wundmanagement und stadiengerechte Wundtherapie sowie Verbandslehre einschließlich verschiedene Wundauflagen, Unterdruck- und Kompressionstherapie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Defektdeckung bei akuten und chronischen Wunden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen der medikamentösen Tumortherapie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scoresysteme und Risikoeinschätzung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Lokalanästhesie und Schmerztherapie								
	Lokal- und Regionalanästhesien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abklärung peri- und postoperativer Schmerzzustände					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Diagnostik und Therapie nach dokumentierten Schmerztherapieplänen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlung von Patienten mit komplexen Schmerzzuständen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Injektionen und Punktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Notfall- und Intensivmedizin								
	Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kardiopulmonale Reanimation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathophysiologie von schweren Verletzungen, des Polytraumas und deren Folgen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung zur Notfall-Laparotomie und Thorakotomie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überwachung, Monitoring, Dokumentation und Betreuung von intensivmedizinischen Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Differenzierte Beatmungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mitbehandlung bei septischen Krankheitsbildern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Unterstützung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zentralvenöse Zugänge	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arterielle Kanülierung und Punktionen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Thorax-Drainage					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Legen eines transurethralen und/oder suprapubischen Katheters					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie								
1. Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie								
Biomechanik der Bewegungsorgane				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Technische und biomechanische Grundlagen operativer und konservativer Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Wissenschaftlich begründete Gutachtenerstellung	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einleitung und Durchführung von berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren einschließlich Durchgangsarztverfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diagnostische Verfahren								
	Richtungsweisende Sonographie der Säuglingshüfte					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung und Befunderstellung von Ultraschalluntersuchungen, davon	300				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Notfallsonographien (eFAST)	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- am Bewegungsapparat einschließlich Arthrosonographien	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung von konventioneller Röntgendiagnostik, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Notfalldiagnostik: Röntgendiagnostik ohne CT im Rahmen der Erstversorgung bei Erwachsenen und Kindern					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- am Skelett					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- intraoperative radiologische Befundkontrolle					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Indikationsstellung und Befundinterpretation weiterer bildgebender Verfahren					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikation, Durchführung und Befunderstellung der Osteodensitometrie	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung und Befundinterpretation neurophysiologischer Diagnostik					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Weichteilverletzungen und Wunden								
Therapieoptionen komplexer Weichteilverletzungen, Wunden und Verbrennungen sowie Infektionen der Weichteile, des Knochens und der Gelenke				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von komplexen Weichteilverletzungen und Wunden, die mit einer Knochenverletzung einhergehen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diagnostik und Therapie unkomplizierter Weichteilverletzungen einschließlich einfacher thermischer Verletzungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prävention, Diagnostik und Therapie des zentralen und peripheren Kompartmentsyndroms					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konservative Therapiemaßnahmen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Grundlagen manualmedizinischer Verfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Indikationsstellung, Überwachung und Dokumentation von Verordnungen der physikalischen Therapie bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, insbesondere					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zur Prävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zur Frühmobilisation und Rehabilitation					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieoptionen einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei degenerativ-entzündlichen Erkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Konservative Therapie einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei degenerativen Erkrankungen	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei angeborenen und erworbenen Deformitäten im Kindes- und Erwachsenenalter	100				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- bei Luxationen, Frakturen, Distorsionen	200				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	Injektionen und Punktionen an Stütz- und Bewegungsorganen auch radiologisch/sonographisch gestützt, davon	75				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- an der Wirbelsäule	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indikation, Gebrauchsschulung und Überwachung von Hilfsmitteln an den Stütz- und Bewegungsorganen, insbesondere bei Einlagen, Orthesen und Prothesen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundlagen alternativer Heilverfahren				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5. Deformitäten und Reifungsstörungen								
Angeborene und erworbene Deformitäten im Kindes- und Jugendalter, z. B. bei Hüftdysplasie, Wirbelsäulen- und Fußdeformitäten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik angeborener und erworbener Deformitäten und Reifungsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
6. Rheumatische Erkrankungen								
Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Therapieoptionen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen an den Bewegungsorganen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7. Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms								
Verletzungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Erstversorgung von Verletzungen, Erkrankungen und Funktionsstörungen der Hand und des Unterarms	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sportverletzungen								
	Diagnostik und Therapie von Sportverletzungen und Sportschäden					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tumore an den Stütz- und Bewegungsorganen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Konservative und operative Therapieoptionen von muskuloskelettalen Tumorerkrankungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Diagnostik von muskuloskelettalen Tumorerkrankungen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Polytraumamanagement								
	Diagnostik, Therapie und interdisziplinäres Management für Schwer- und Mehrfachverletzte, davon					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- mit einem Injury Severity Score (ISS) von mindestens 16 Punkten	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Operative Verfahren								
Grundlagen der operativen Technik und Operationsschritte bei Erkrankungen und Verletzungen an den Stütz- und Bewegungsorganen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Weichteileingriffe, insbesondere an Sehnen, Bändern, Muskeln, Haut, Weichteiltumoren, Nerven, Synovia, davon	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Nervenfreilegungen und Neurolysen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- notfallmäßige Versorgung von Gefäßen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Therapeutische Arthroskopien an großen Gelenken, insbesondere Knie-, Sprung- und Schultergelenk, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Knie	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schulter	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteosynthesen bei Frakturen und Osteotomien an der oberen Extremität, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Plattenosteosynthesen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Marknagelungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Fixateur externe	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Zuggurtungsosteosynthesen	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Osteosynthesen bei Frakturen und Osteotomien an der unteren Extremität, davon	60				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Plattenosteosynthesen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Marknagelungen	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Fixateur externe	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
	- Zuggurtungsosteosynthesen	5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Versorgung mit Primärendoprothesen, davon	40				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hüfte	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Knie	10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Becken- und Wirbelsäuleneingriffe	15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Operative Therapie bei Infektionen an Weichteilen, Knochen oder Gelenken	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Implantatentfernungen	50				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erste Assistenz bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z. B. bei Implantatwechsel	20				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Strahlenschutz								
Grundlagen der Strahlenbiologie und Strahlenphysik bei der Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverantwortlich durchführen	nicht vermittelt
Grundlagen des Strahlenschutzes beim Patienten und Personal einschließlich der Personalüberwachung und des baulichen und apparativen Strahlenschutzes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Voraussetzungen zur Erlangung der erforderlichen Fachkunden im gesetzlich geregelten Strahlenschutz					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten