1/2

BEWERBUNG UM DIE ANERKENNUNG ALS

„ARTHROSKOPEUR (AGA)“

 (Bitte füllen Sie den Antrag deutlich lesbar aus.)

**Familienname: .................................................................................... Titel .......................**

**Vorname:.................................... Land /Plz/Ort/: ...........................................................**

**Adresse (Strasse, Hausnummer):**

**..................................................................................................................................................**

**Tel.Nr.: ................................... e-mail Adresse: ..................................@...............................**

**Mitglied der AGA : 0 Ja, seit (Jahr): ................ 0 Nein**

**Arthroskopische Ausbildung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stellung im Beruf**

**Facharzt für:**

 Unfallchirurgie Orthopädie

**Selbständige Arbeit an einem**

Krankenhaus in freier Praxis

als Chefarzt Oberarzt Facharzt Belegarzt

2/2

BEWERBUNG UM DIE ANERKENNUNG ALS „ARTHROSKOPEUR (AGA)“

**1. Arthroskopische Chirurgie** **seit (Jahr) ............................**

**Anzahl selbständig durchgeführte arthroskopische Eingriffe gesamt: ……………….…**

**Knie gesamt: ................................. Schulter gesamt:…………………………**

Meniscektomien ................... Schultergelenkschirurgie ..................

Meniskusreinsertion ................... Subacromiale Decompression .................

Kreuzbandchirurgie ................... Schulterstabilisierung . ..................

Synovectomie ...................

**Handgelenk** ....................... **Sprunggelenk** ........................

**Ellenbogen** ........................ **Hüfte**  ........................

**2. Von der Klinikleitung bestätigte OP- Zahlen**

 (Bestätigungen wurde dem Antrag beilegt

**3. Facharzt-Anerkennung**

(Kopie der Urkunde wurde dem Antrag beigelegt)

**4. Stunden im AGA Kurs-Kurrikulum**

(Alle Kursbestätigungen in Kopie wurden dem Antrag beigelegt)

**5. Hospitation bei einem AGA Instruktor (mind. 10 Tage)**

 (Bestätigungen des AGA-Instruktors wurde dem Antrag beilegt)

**Ich bin damit einverstanden, daß mein Name in der als „Arthroskopeur (AGA)“ geführten Liste publiziert wird.**

**Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt und die erforderlichen Unterlagen**

**dem Antrag beigelegt.**

.................. ................................................

Datum Unterschrift

**Einsendung der Unterlagen per e-mail oder Fax an das**

**AGA Sekretariat Tel: 0043 -6991- 407 64 32**

**Porzellangasse 8/23 Fax: 0043 -1- 253 30 33 -9035**

**A-1090 Wien e-mail:** **info@aga-online.de**

****