ZULASSUNGSERKLÄRUNG

1 Woche / 30 Stunden Praktikum in der Traumatologie/Unfallchirurgie

werden.

SITTE MIT BLOCKSCHRIFT AUSFULLEN!		
Name:		
Zeitraum des Praktikums:	von	bis
Anzahl der Wochen:		
Anzahl der Stunden:		
Name der Klinik/des		
Lehrkrankenhauses (Abteilung):		
Adresse der Klinik/des		
Lehrkrankenhauses:		
*Name der		
Universität/Hochschule, mit der		
das Krankenhaus affiliiert ist:		
Ansprechperson:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		
*BEACHTEN SIE, DASS DAS PRAKTIKUM NUR IN EINER UNIVERSITÄTSKLINIK ODER IN EINEM		
LEHRKRANKENHAUS DURCHGEFÜHRT WERDEN KANN!		
Der/dem oben genannten Studierenden des 6. Studienjahres der Humanmedizin wird hiermit die Zulassung gegeben, das Pflichtpraktikum im Fach Unfallchirurgie in unserer Einrichtung im oben angegebenen Zeitraum zu absolvieren. Die auf Seite 2 dieses Formulars benannten Aufgaben werden ermöglicht zu erfüllen.		
Datum:		
Unterschrift/		
Name in Blockschrift:		
Bitte beachten Sie, dass für den Fall,	dass Sie Ihr Praktikum in	einem
Land absolvieren, in dem nicht das	lateinische Alphabet verw	vendet
wird (z. B. Korea, Japan, Israel, Iran, arabische Länder usw.) und dem Krankenhaus kein deutsch-/englischsprachiger Stempel zur Verfügung steht, eine separate Zulassungserklärung – verfasst auf dem offiziellen Briefkopf des Krankenhauses- eingereicht werden muss. in der bestätiat wird. dass Sie das Praktikum dort absolvieren		

PRAKTIKUM IN TRAUMATOLOGIE/UNFALLCHIRURGIE

Inhalt:

- 1. Radiologische und klinische Untersuchung von Kopfverletzungen.
- 2. Radiologische und klinische Untersuchung von Thoraxverletzungen (Röntgen, CT).
- 3. Radiologische und klinische Untersuchung von Hüftfrakturen sowie Behandlungsoptionen.
- 4. Radiologische und klinische Untersuchung von Radiusfrakturen sowie Behandlungsoptionen.
- 5. Klinische Untersuchung der peripheren Durchblutung und Innervierung.
- 6. Untersuchung der Handfunktion.