

Anforderungen erfüllt



---

Datum

# Turnusärztepass

## Abteilung für Orthopädie

---

Turnusärztin/Turnusarzt

---

Ausbildungsbeginn

---

Ausbildungsende

---

Unterschrift  
Ausbildungsverantwortlicher Facharzt



Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Betriebsgesellschaft m.b.H.  
Seilerstätte 4 A-4010 Linz

TEL +43 732 7677-0  
FAX +43 732 7677-7200  
E-MAIL [office.linz@bhs.at](mailto:office.linz@bhs.at)  
WEB [www.bhs-linz.at](http://www.bhs-linz.at)

### 1. Ambulanz/ Spezialambulanzen

Tag	Datum	Unterschrift
Tag 1		
Tag 2		
Tag 3		
Tag 4		
Tag 5		

### 3. Assistenz bei Leheroperationen

Operation	Anzahl	Unterschrift
Hüfte	5	
Knie	5	
ASK-Knie	7	
Hallux	5	
HZ	5	
CTS	2	

### 4. Infiltrationen/Punktionen

Nr./Thema	Datum	Unterschrift
1		
2		
3		
4		
5		

### 2. Physiotherapie

Tag	Datum	Unterschrift

Zwischengespräch geführt am/mit:

---