



## ASSISTENZKATALOG „STUDENTISCHER OP-ASSISTENT“ M/W

Name, Vorname Student/in:

Ausbildendes Krankenhaus:

Betreuer:

Operation (laparoskopisch)	Name Operateur und Unterschrift	OP-Datum	Stempel
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



## ASSISTENZKATALOG „STUDENTISCHER OP-ASSISTENT“ M/W

Name, Vorname Student/in:

Ausbildendes Krankenhaus:

Betreuer:

Operation (laparoskopisch)	Name Operateur und Unterschrift	OP-Datum	Stempel
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



## ASSISTENZKATALOG „STUDENTISCHER OP-ASSISTENT“ M/W

Name, Vorname Student/in:

Ausbildendes Krankenhaus:

Betreuer:

Operation (konventionell)	Name Operateur und Unterschrift	OP-Datum	Stempel
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			



## ASSISTENZKATALOG „STUDENTISCHER OP-ASSISTENT“ M/W

Name, Vorname Student/in:

Ausbildendes Krankenhaus:

Betreuer:

Operation (konventionell)	Name Operateur und Unterschrift	OP-Datum	Stempel
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			