

Tätigkeitsnachweis zum Erwerb des Zertifikats „Perioperative Fokussierte Echokardiographie“ (PFE-Zertifikat)

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau

Name/Vorname/akad. Titel:

in der Klinik/Abteilung:

im Zeitraum vom bis

folgende Untersuchungen durchgeführt hat* (geforderte Mindestzahl in Klammern):

..... Standard TTE-Untersuchungen gem. PFE TTE-Grund- u. Aufbaukurs (150)

..... Standard TEE-Untersuchungen gem. PFE TEE-Grundkurs (50)

* Die Untersuchungen müssen einzeln dokumentiert und die Befunde ggü. der Prüfungskommission nachweisbar sein.

Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Datum

Name des/der Weiterbildungsbefugten

Unterschrift des/der Weiterbildungsbefugten

Klinikadresse/Stempel