

Prüfungsdokumentation zum Erwerb des Zertifikats „TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin“ (TEE-Zertifikat)

Name Kandidat/-in: _____

Prüfer/-in 1 (Name / Klinikum): _____

Prüfer/-in 2: (Name / Klinikum): _____

Tag der Prüfung: _____ Prüfungsort: _____

Dauer der Prüfung Beginn: _____ Ende: _____

Praktischer Teil bestanden: ja nein

Theoretischer Teil bestanden: ja nein

Prüfung bestanden: ja nein

Inhaltliche Schwerpunkte der Prüfung:

Kommentar:

Datum

Unterschrift 1. Prüfer/-in

Unterschrift 2. Prüfer/-in