Wissenschaftlicher Arbeitskreis
Ultraschall in der Anästhesiologie
und Intensivmedizin

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

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

Stand: 15.12.2022