

Tätigkeitsbescheinigung zum Erwerb des Zertifikats „Anästhesie-fokussierte Sonographie“

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):

- ZVK- Anlagen (20)
- arterielle Kanülierungen (10)
- regionalanästhesiologische Blockaden der oberen Extremität (15)
- regionalanästhesiologische Blockaden der unteren Extremität (15)
- Untersuchungen zum Ausschluss eines Pneumothorax (20)
- e-FAST Untersuchungen (20)

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

Datum

Name/n des/der Weiterbildungsbefugten*

Unterschrift des Antragstellers*

Klinikadresse/Stempel