

## Prüfungsdokumentation zum Erwerb des Zertifikats „TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin“

Name des Kandidaten: \_\_\_\_\_

Prüfer 1 (Name / Klinikum): \_\_\_\_\_

Prüfer 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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Prüfer