

20. – 21.03.2026 | Fulda

Bestätigungsschreiben

Hiermit bestätige ich, _____, **dass**

Leitung

Vor-/Nachname der ärztlichen

Titel

Nachname

Vorname

Klinik

Abteilung

Straße

Stadt

über folgende Kenntnisse verfügt:

- Ausreichende echokardiographische Erfahrung, insbesondere im Bereich der transösophagealen Echokardiographie (TEE), auf Facharztniveau
- Praktische Erfahrungen in zumindest einer der Prozeduren aus dem jeweils angestrebten Modul oder geplante praktische Durchführung zeitnah nach Besuch des Kurses

Bitte geben Sie uns im Folgenden noch einige Informationen über die bisherigen Erfahrungen:

Mit welchen Echogeräten liegen praktische Erfahrungen vor?

Herstellernamen

Mit welcher Befundungssoftware liegen Erfahrungen vor?

Herstellernamen

Liegen Erfahrung mit 3D-Postprocessing Workstations vor?

Wenn ja, Herstellernamen

Wie groß ist die bisherige Erfahrung im Guiding zu Prozeduren aus Modul A?

- ☐ gar keine Erfahrung
- ☐ weniger als 2 Jahre
- ☐ mehr als 2 Jahre

Wie groß ist die bisherige Erfahrung im Guiding zu Prozeduren aus Modul B:

- ☐ gar keine Erfahrung
- ☐ weniger als 2 Jahre
- ☐ mehr als 2 Jahre

Datum

Unterschrift ärztliche Leitung