

**20. – 21.03.2026 | Fulda**

## **Bestätigungsschreiben**

**Hiermit bestätige ich,** \_\_\_\_\_, dass \_\_\_\_\_

Vor-/Nachname der ärztlichen  
Leitung

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