

## **Bestätigungsschreiben**

**Hiermit bestätige ich,** \_\_\_\_\_, dass \_\_\_\_\_  
Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie

Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

Abteilung \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt \_\_\_\_\_

**im Bereich der TAVI Therapie ausgebildet werden soll und es geplant ist, dass er/sie innerhalb der nächsten 6 Monate eigenständig TAVI Prozeduren durchführen soll.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie, Stempel \_\_\_\_\_