

## 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 Erfahrungen 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