

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

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau

Name/Vorname/akad. Titel: .....

in der Klinik/Abteilung: .....

im Zeitraum vom ..... bis .....

folgende Untersuchungen durchgeführt hat:

- Mindestens 125 supervidierte TEE-Untersuchungen, davon ca. 50% pathologische Befunderhebung, und mindestens 50 Untersuchungen bei kardiochirurgischen Eingriffen\*, davon

..... Untersuchungen im konservativen/operativen Intensivbereich

..... Untersuchungen bei kardiochirurgischen Operationen

..... Untersuchungen bei nicht-kardiochirurgischen Eingriffen

\* Die Untersuchungen müssen einzeln dokumentiert und die Befunde ggü. der Prüfungskommission nachweisbar sein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name/n des/der Supervisors/Supervisoren

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des/der Supervisors/Supervisoren

\_\_\_\_\_  
Klinikadresse/Stempel