



**Antrag auf Befugnis zur berufsbegleitenden Weiterbildung in der Ultraschalldiagnostik**

als  Tutor  Hospitationsleiter  Kursleiter

für folgende Anwendungsgebiete:

\_\_\_\_\_ (s. Anlage) bitte die genauen Zahlen angeben

Titel Vorname Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort \_\_\_\_\_

Ausübung des Berufes seit: \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Fachkunde. \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Eigene Untersuchungen insgesamt. \_\_\_\_\_

Eigene Untersuchungen im Jahr. \_\_\_\_\_

zur Zeit tätig in: \_\_\_\_\_



Nachweis der 4-wöchigen Hospitation bei einem von der Ärztekammer bestätigten Hospitations- oder Kursleiter (gilt nicht für Tutor)

Hospitationseinrichtungen	Dauer der Hospitationen

Name der(s) Hospitationsleiter (s): (in der Anlage bitte beglaubigte Kopien der Hospitationsbescheinigung beifügen)

---

---

---

---

Aktuelle apparativ-technische Voraussetzungen:

(Gerätetypen, Schallkopfoptionen, Dokumentationsmöglichkeiten)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Breite des Untersuchungsspektrums: (nach Diagnosegruppen)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Zusammensetzung des Patientenklientels nach Häufigkeit der Diagnosen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Welche besonderen konventionellen Diagnoseverfahren werden ausgeübt?

---

---

---

---

---

---



Welche invasive Diagnostik und Therapie wird betrieben?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Persönliche Aktivitäten auf sonographischen Gebiet:

(Publikationen, wissenschaftliche Vorträge)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)

Bitte beachten!  
Bescheinigungen sind immer im Original oder als beglaubigte Kopie beizufügen