Antrag auf Zuerkennung des Qualifikationsnachweises für die Durchführung echokardiografischer Untersuchungen

(Nach den Ausbildungsrichtlinien der Österreichischen Ärztekammer)
Gültig ab 1.5.2005

Ärztekammer für Tirol
Ausbildungskommission
Anichstraße 7
6021 Innsbruck

Antragsteller(in):

Name:	**.....**
Adresse:	**.....**
Tel.:	**.....**
Arbeitsstätte:	**.....**

Ich erbringe folgende Ausbildungsnachweise für den Qualifikationsnachweis zur Durchführung echokardiografischer Untersuchungen:

- ☐ **Turnusarzt in Ausbildung zum Facharzt für: .....**
- ☐ **Facharzt für Innere Medizin: seit: .....**
- ☐ **Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde: seit: .....**
- ☐ **Prüfungszertifikat in Echokardiografie: seit: .....**
- ☐ **Additivfach „Kardiologie“ seit: .....**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift: