

Ausfüllhinweise und Hinweise zum Datenschutz

Das Ausfüllen der Stammdaten in der PDF-Datei ist vor dem Ausdrucken des Logbuchs unbedingt erforderlich. Ihre Stammdaten werden automatisch auf alle Folgeseiten des Logbuchs übertragen.

Es sind nur Prozeduren anzugeben, an denen der Kandidat beteiligt war, bzw. diese durchgeführt hat. Sie sind in chronologischer Reihenfolge anzugeben. Bitte beachten Sie die abschließende Statistik am Ende des Dokuments. Diese soll die Gesamtanzahl der im Logbuch eingetragenen Prozeduren widerspiegeln.

Der Kandidat ist dafür verantwortlich, in einer einrichtungsinternen Dokumentation unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sicherzustellen, dass er die Kennzeichnung einer bestimmten Prozedur auch einem bestimmten Patienten zuordnen kann. Die Prüfungskommission behält sich vor, ggf. stichprobenartige Überprüfungen der Angaben vorzunehmen. Angaben in diesem Logbuch, die darüber hinaus die Zuordnung zu einem bestimmten Patienten ermöglichen (z. B. Patienten-Initialen, Geburtsdaten, Archivnummern usw.) sind nicht zulässig. Der Kandidat ist zuständig für die Einhaltung des Datenschutzes.

Wechsel der Stätte

Sollten Sie während der Qualifizierungszeit die Stätte wechseln, beginnen Sie bitte ein neues Logbuch. Die Mindestzahlen werden fortgezählt.

Stammdaten

Stätte der Zusatzqualifikation:

Kandidat (Titel, Vorname, Name):

Leiter der Zusatzqualifikation (Titel, Vorname, Name):

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Mindestzahlen lt. Curriculum

Zur Erlangung der Zusatzqualifikation müssen folgende Prozeduren durchgeführt werden:

Level 1:

50 selbstständige Befundungen von mind. 50 klinischen Fällen

Level 2:

Beteiligung an 200 Untersuchungen, davon mind. 50 Untersuchungen mit selbstständiger Befundung, sowie Durchführung von mind. 50 Untersuchungen als primärer Operateur

Level 3:

Beteiligung an 500 Untersuchungen, davon Durchführung von mind. 100 Untersuchungen als primärer Operateur

50 Fälle aus dem Akademiekurs MRT Refresher (50 cases in 1 day) können anerkannt werden. Wenn Sie daran teilgenommen haben, laden Sie die Teilnahmebescheinigung im Antrag bitte ebenfalls mit dem Logbuch hoch.

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Level 1:

50 eigenständige Befundungen von mind. 50 klinischen Fällen

Prozedur-Nr.	Datum	Befundung einer K-MRT Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
1		Befundung		
2		Befundung		
3		Befundung		
4		Befundung		
5		Befundung		
6		Befundung		
7		Befundung		
8		Befundung		
9		Befundung		
10		Befundung		
11		Befundung		
12		Befundung		
13		Befundung		
14		Befundung		
15		Befundung		
16		Befundung		
17		Befundung		
18		Befundung		
19		Befundung		
20		Befundung		
21		Befundung		
22		Befundung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	Befundung einer K-MRT Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
23		Befundung		
24		Befundung		
25		Befundung		
26		Befundung		
27		Befundung		
28		Befundung		
29		Befundung		
30		Befundung		
31		Befundung		
32		Befundung		
33		Befundung		
34		Befundung		
35		Befundung		
36		Befundung		
37		Befundung		
38		Befundung		
39		Befundung		
40		Befundung		
41		Befundung		
42		Befundung		
43		Befundung		
44		Befundung		
45		Befundung		
46		Befundung		
47		Befundung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	Befundung einer K-MRT Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
48		Befundung		
49		Befundung		
50		Befundung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Level 2

Beteiligung an 200 Untersuchungen, davon mind. 50 Untersuchungen mit selbstständiger Befundung, sowie Durchführung von mind. 50 Untersuchungen als primärer Operateur

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
1		Untersuchung			
2		Untersuchung			
3		Untersuchung			
4		Untersuchung			
5		Untersuchung			
6		Untersuchung			
7		Untersuchung			
8		Untersuchung			
9		Untersuchung			
10		Untersuchung			
11		Untersuchung			
12		Untersuchung			
13		Untersuchung			
14		Untersuchung			
15		Untersuchung			
16		Untersuchung			
17		Untersuchung			
18		Untersuchung			
19		Untersuchung			
20		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
21		Untersuchung			
22		Untersuchung			
23		Untersuchung			
24		Untersuchung			
25		Untersuchung			
26		Untersuchung			
27		Untersuchung			
28		Untersuchung			
29		Untersuchung			
30		Untersuchung			
31		Untersuchung			
32		Untersuchung			
33		Untersuchung			
34		Untersuchung			
35		Untersuchung			
36		Untersuchung			
37		Untersuchung			
38		Untersuchung			
39		Untersuchung			
40		Untersuchung			
41		Untersuchung			
42		Untersuchung			
43		Untersuchung			
44		Untersuchung			
45		Untersuchung			
46		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
47		Untersuchung			
48		Untersuchung			
49		Untersuchung			
50		Untersuchung			
51		Untersuchung			
52		Untersuchung			
53		Untersuchung			
54		Untersuchung			
55		Untersuchung			
56		Untersuchung			
57		Untersuchung			
58		Untersuchung			
59		Untersuchung			
60		Untersuchung			
61		Untersuchung			
62		Untersuchung			
63		Untersuchung			
64		Untersuchung			
65		Untersuchung			
66		Untersuchung			
67		Untersuchung			
68		Untersuchung			
69		Untersuchung			
70		Untersuchung			
71		Untersuchung			
72		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
73		Untersuchung			
74		Untersuchung			
75		Untersuchung			
76		Untersuchung			
77		Untersuchung			
78		Untersuchung			
79		Untersuchung			
80		Untersuchung			
81		Untersuchung			
82		Untersuchung			
83		Untersuchung			
84		Untersuchung			
85		Untersuchung			
86		Untersuchung			
87		Untersuchung			
88		Untersuchung			
89		Untersuchung			
90		Untersuchung			
91		Untersuchung			
92		Untersuchung			
93		Untersuchung			
94		Untersuchung			
95		Untersuchung			
96		Untersuchung			
97		Untersuchung			
98		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
99		Untersuchung			
100		Untersuchung			
101		Untersuchung			
102		Untersuchung			
103		Untersuchung			
104		Untersuchung			
105		Untersuchung			
106		Untersuchung			
107		Untersuchung			
108		Untersuchung			
109		Untersuchung			
110		Untersuchung			
111		Untersuchung			
112		Untersuchung			
113		Untersuchung			
114		Untersuchung			
115		Untersuchung			
116		Untersuchung			
117		Untersuchung			
118		Untersuchung			
119		Untersuchung			
120		Untersuchung			
121		Untersuchung			
122		Untersuchung			
123		Untersuchung			
124		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
125		Untersuchung			
126		Untersuchung			
127		Untersuchung			
128		Untersuchung			
129		Untersuchung			
130		Untersuchung			
131		Untersuchung			
132		Untersuchung			
133		Untersuchung			
134		Untersuchung			
135		Untersuchung			
136		Untersuchung			
137		Untersuchung			
138		Untersuchung			
139		Untersuchung			
140		Untersuchung			
141		Untersuchung			
142		Untersuchung			
143		Untersuchung			
144		Untersuchung			
145		Untersuchung			
146		Untersuchung			
147		Untersuchung			
148		Untersuchung			
149		Untersuchung			
150		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
151		Untersuchung			
152		Untersuchung			
153		Untersuchung			
154		Untersuchung			
155		Untersuchung			
156		Untersuchung			
157		Untersuchung			
158		Untersuchung			
159		Untersuchung			
160		Untersuchung			
161		Untersuchung			
162		Untersuchung			
163		Untersuchung			
164		Untersuchung			
165		Untersuchung			
166		Untersuchung			
167		Untersuchung			
168		Untersuchung			
169		Untersuchung			
170		Untersuchung			
171		Untersuchung			
172		Untersuchung			
173		Untersuchung			
174		Untersuchung			
175		Untersuchung			
176		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT -Untersuchung	Befundung selbstständig durchgeführt (ja/nein)	Klinische Indikation	Art der Leistung*
177		Untersuchung			
178		Untersuchung			
179		Untersuchung			
180		Untersuchung			
181		Untersuchung			
182		Untersuchung			
183		Untersuchung			
184		Untersuchung			
185		Untersuchung			
186		Untersuchung			
187		Untersuchung			
188		Untersuchung			
189		Untersuchung			
190		Untersuchung			
191		Untersuchung			
192		Untersuchung			
193		Untersuchung			
194		Untersuchung			
195		Untersuchung			
196		Untersuchung			
197		Untersuchung			
198		Untersuchung			
199		Untersuchung			
200		Untersuchung			

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Level 3

Beteiligung an 500 Untersuchungen, davon Durchführung von mind. 100 Untersuchungen als primärer Operateur

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
1		Untersuchung		
2		Untersuchung		
3		Untersuchung		
4		Untersuchung		
5		Untersuchung		
6		Untersuchung		
7		Untersuchung		
8		Untersuchung		
9		Untersuchung		
10		Untersuchung		
11		Untersuchung		
12		Untersuchung		
13		Untersuchung		
14		Untersuchung		
15		Untersuchung		
16		Untersuchung		
17		Untersuchung		
18		Untersuchung		
19		Untersuchung		
20		Untersuchung		
21		Untersuchung		
22		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
23		Untersuchung		
24		Untersuchung		
25		Untersuchung		
26		Untersuchung		
27		Untersuchung		
28		Untersuchung		
29		Untersuchung		
30		Untersuchung		
31		Untersuchung		
32		Untersuchung		
33		Untersuchung		
34		Untersuchung		
35		Untersuchung		
36		Untersuchung		
37		Untersuchung		
38		Untersuchung		
39		Untersuchung		
40		Untersuchung		
41		Untersuchung		
42		Untersuchung		
43		Untersuchung		
44		Untersuchung		
45		Untersuchung		
46		Untersuchung		
47		Untersuchung		
48		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
49		Untersuchung		
50		Untersuchung		
51		Untersuchung		
52		Untersuchung		
53		Untersuchung		
54		Untersuchung		
55		Untersuchung		
56		Untersuchung		
57		Untersuchung		
58		Untersuchung		
59		Untersuchung		
60		Untersuchung		
61		Untersuchung		
62		Untersuchung		
63		Untersuchung		
64		Untersuchung		
65		Untersuchung		
66		Untersuchung		
67		Untersuchung		
68		Untersuchung		
69		Untersuchung		
70		Untersuchung		
71		Untersuchung		
72		Untersuchung		
73		Untersuchung		
74		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
75		Untersuchung		
76		Untersuchung		
77		Untersuchung		
78		Untersuchung		
79		Untersuchung		
80		Untersuchung		
81		Untersuchung		
82		Untersuchung		
83		Untersuchung		
84		Untersuchung		
85		Untersuchung		
86		Untersuchung		
87		Untersuchung		
88		Untersuchung		
89		Untersuchung		
90		Untersuchung		
91		Untersuchung		
92		Untersuchung		
93		Untersuchung		
94		Untersuchung		
95		Untersuchung		
96		Untersuchung		
97		Untersuchung		
98		Untersuchung		
99		Untersuchung		
100		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
101		Untersuchung		
102		Untersuchung		
103		Untersuchung		
104		Untersuchung		
105		Untersuchung		
106		Untersuchung		
107		Untersuchung		
108		Untersuchung		
109		Untersuchung		
110		Untersuchung		
111		Untersuchung		
112		Untersuchung		
113		Untersuchung		
114		Untersuchung		
115		Untersuchung		
116		Untersuchung		
117		Untersuchung		
118		Untersuchung		
119		Untersuchung		
120		Untersuchung		
121		Untersuchung		
122		Untersuchung		
123		Untersuchung		
124		Untersuchung		
125		Untersuchung		
126		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
127		Untersuchung		
128		Untersuchung		
129		Untersuchung		
130		Untersuchung		
131		Untersuchung		
132		Untersuchung		
133		Untersuchung		
134		Untersuchung		
135		Untersuchung		
136		Untersuchung		
137		Untersuchung		
138		Untersuchung		
139		Untersuchung		
140		Untersuchung		
141		Untersuchung		
142		Untersuchung		
143		Untersuchung		
144		Untersuchung		
145		Untersuchung		
146		Untersuchung		
147		Untersuchung		
148		Untersuchung		
149		Untersuchung		
150		Untersuchung		
151		Untersuchung		
152		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
153		Untersuchung		
154		Untersuchung		
155		Untersuchung		
156		Untersuchung		
157		Untersuchung		
158		Untersuchung		
159		Untersuchung		
160		Untersuchung		
161		Untersuchung		
162		Untersuchung		
163		Untersuchung		
164		Untersuchung		
165		Untersuchung		
166		Untersuchung		
167		Untersuchung		
168		Untersuchung		
169		Untersuchung		
170		Untersuchung		
171		Untersuchung		
172		Untersuchung		
173		Untersuchung		
174		Untersuchung		
175		Untersuchung		
176		Untersuchung		
177		Untersuchung		
178		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
179		Untersuchung		
180		Untersuchung		
181		Untersuchung		
182		Untersuchung		
183		Untersuchung		
184		Untersuchung		
185		Untersuchung		
186		Untersuchung		
187		Untersuchung		
188		Untersuchung		
189		Untersuchung		
190		Untersuchung		
191		Untersuchung		
192		Untersuchung		
193		Untersuchung		
194		Untersuchung		
195		Untersuchung		
196		Untersuchung		
197		Untersuchung		
198		Untersuchung		
199		Untersuchung		
200		Untersuchung		
201		Untersuchung		
202		Untersuchung		
203		Untersuchung		
204		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
205		Untersuchung		
206		Untersuchung		
207		Untersuchung		
208		Untersuchung		
209		Untersuchung		
210		Untersuchung		
211		Untersuchung		
212		Untersuchung		
213		Untersuchung		
214		Untersuchung		
215		Untersuchung		
216		Untersuchung		
217		Untersuchung		
218		Untersuchung		
219		Untersuchung		
220		Untersuchung		
221		Untersuchung		
222		Untersuchung		
223		Untersuchung		
224		Untersuchung		
225		Untersuchung		
226		Untersuchung		
227		Untersuchung		
228		Untersuchung		
229		Untersuchung		
230		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
231		Untersuchung		
232		Untersuchung		
233		Untersuchung		
234		Untersuchung		
235		Untersuchung		
236		Untersuchung		
237		Untersuchung		
238		Untersuchung		
239		Untersuchung		
240		Untersuchung		
241		Untersuchung		
242		Untersuchung		
243		Untersuchung		
244		Untersuchung		
245		Untersuchung		
246		Untersuchung		
247		Untersuchung		
248		Untersuchung		
249		Untersuchung		
250		Untersuchung		
251		Untersuchung		
252		Untersuchung		
253		Untersuchung		
254		Untersuchung		
255		Untersuchung		
256		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
257		Untersuchung		
258		Untersuchung		
259		Untersuchung		
260		Untersuchung		
261		Untersuchung		
262		Untersuchung		
263		Untersuchung		
264		Untersuchung		
265		Untersuchung		
266		Untersuchung		
267		Untersuchung		
268		Untersuchung		
269		Untersuchung		
270		Untersuchung		
271		Untersuchung		
272		Untersuchung		
273		Untersuchung		
274		Untersuchung		
275		Untersuchung		
276		Untersuchung		
277		Untersuchung		
278		Untersuchung		
279		Untersuchung		
280		Untersuchung		
281		Untersuchung		
282		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
283		Untersuchung		
284		Untersuchung		
285		Untersuchung		
286		Untersuchung		
287		Untersuchung		
288		Untersuchung		
289		Untersuchung		
290		Untersuchung		
291		Untersuchung		
292		Untersuchung		
293		Untersuchung		
294		Untersuchung		
295		Untersuchung		
296		Untersuchung		
297		Untersuchung		
298		Untersuchung		
299		Untersuchung		
300		Untersuchung		
301		Untersuchung		
302		Untersuchung		
303		Untersuchung		
304		Untersuchung		
305		Untersuchung		
306		Untersuchung		
307		Untersuchung		
308		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
309		Untersuchung		
310		Untersuchung		
311		Untersuchung		
312		Untersuchung		
313		Untersuchung		
314		Untersuchung		
315		Untersuchung		
316		Untersuchung		
317		Untersuchung		
318		Untersuchung		
319		Untersuchung		
320		Untersuchung		
321		Untersuchung		
322		Untersuchung		
323		Untersuchung		
324		Untersuchung		
325		Untersuchung		
326		Untersuchung		
327		Untersuchung		
328		Untersuchung		
329		Untersuchung		
330		Untersuchung		
331		Untersuchung		
332		Untersuchung		
333		Untersuchung		
334		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
335		Untersuchung		
336		Untersuchung		
337		Untersuchung		
338		Untersuchung		
339		Untersuchung		
340		Untersuchung		
341		Untersuchung		
342		Untersuchung		
343		Untersuchung		
344		Untersuchung		
345		Untersuchung		
346		Untersuchung		
347		Untersuchung		
348		Untersuchung		
349		Untersuchung		
350		Untersuchung		
351		Untersuchung		
352		Untersuchung		
353		Untersuchung		
354		Untersuchung		
355		Untersuchung		
356		Untersuchung		
357		Untersuchung		
358		Untersuchung		
359		Untersuchung		
360		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
361		Untersuchung		
362		Untersuchung		
363		Untersuchung		
364		Untersuchung		
365		Untersuchung		
366		Untersuchung		
367		Untersuchung		
368		Untersuchung		
369		Untersuchung		
370		Untersuchung		
371		Untersuchung		
372		Untersuchung		
373		Untersuchung		
374		Untersuchung		
375		Untersuchung		
376		Untersuchung		
377		Untersuchung		
378		Untersuchung		
379		Untersuchung		
380		Untersuchung		
381		Untersuchung		
382		Untersuchung		
383		Untersuchung		
384		Untersuchung		
385		Untersuchung		
386		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
387		Untersuchung		
388		Untersuchung		
389		Untersuchung		
390		Untersuchung		
391		Untersuchung		
392		Untersuchung		
393		Untersuchung		
394		Untersuchung		
395		Untersuchung		
396		Untersuchung		
397		Untersuchung		
398		Untersuchung		
399		Untersuchung		
400		Untersuchung		
401		Untersuchung		
402		Untersuchung		
403		Untersuchung		
404		Untersuchung		
405		Untersuchung		
406		Untersuchung		
407		Untersuchung		
408		Untersuchung		
409		Untersuchung		
410		Untersuchung		
411		Untersuchung		
412		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
413		Untersuchung		
414		Untersuchung		
415		Untersuchung		
416		Untersuchung		
417		Untersuchung		
418		Untersuchung		
419		Untersuchung		
420		Untersuchung		
421		Untersuchung		
422		Untersuchung		
423		Untersuchung		
424		Untersuchung		
425		Untersuchung		
426		Untersuchung		
427		Untersuchung		
428		Untersuchung		
429		Untersuchung		
430		Untersuchung		
431		Untersuchung		
432		Untersuchung		
433		Untersuchung		
434		Untersuchung		
435		Untersuchung		
436		Untersuchung		
437		Untersuchung		
438		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
439		Untersuchung		
440		Untersuchung		
441		Untersuchung		
442		Untersuchung		
443		Untersuchung		
444		Untersuchung		
445		Untersuchung		
446		Untersuchung		
447		Untersuchung		
448		Untersuchung		
449		Untersuchung		
450		Untersuchung		
451		Untersuchung		
452		Untersuchung		
453		Untersuchung		
454		Untersuchung		
455		Untersuchung		
456		Untersuchung		
457		Untersuchung		
458		Untersuchung		
459		Untersuchung		
460		Untersuchung		
461		Untersuchung		
462		Untersuchung		
463		Untersuchung		
464		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
465		Untersuchung		
466		Untersuchung		
467		Untersuchung		
468		Untersuchung		
469		Untersuchung		
470		Untersuchung		
471		Untersuchung		
472		Untersuchung		
473		Untersuchung		
474		Untersuchung		
475		Untersuchung		
476		Untersuchung		
477		Untersuchung		
478		Untersuchung		
479		Untersuchung		
480		Untersuchung		
481		Untersuchung		
482		Untersuchung		
483		Untersuchung		
484		Untersuchung		
485		Untersuchung		
486		Untersuchung		
487		Untersuchung		
488		Untersuchung		
489		Untersuchung		
490		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Kandidat: _____

Qualifizierungsstätte: _____ Leiter der Zusatzqualifikation: _____

Prozedur-Nr.	Datum	K-MRT-Untersuchung	Klinische Indikation	Art der Leistung*
491		Untersuchung		
492		Untersuchung		
493		Untersuchung		
494		Untersuchung		
495		Untersuchung		
496		Untersuchung		
497		Untersuchung		
498		Untersuchung		
499		Untersuchung		
500		Untersuchung		

*1= Beteiligung, 2= selbstständig unter Anleitung eines Level III Mentors, 3= als primärer Operateur

Datum, Unterschrift Kandidat

Datum, Unterschrift Leiter der Zusatzqualifikation