

Anerkennung Sonographie

Vorname: Andreas Nachname: Sir

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Straße: Fürstenstrasse 5. PLZ: 5400 Ort: Hallein

Ich ersuche um Anerkennung nachstehender sonographischer Untersuchungen:

(Bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| ☐ Oberbauch | ☐ cerebrale Sonographie (durch die offene Fontanelle) |
| ☐ Nieren | ☐ Hüftsonographie im 1. Lebensjahr |
| ☐ Retroperitoneum | ☐ Sonographie des Bewegungsapparates |
| ☐ Unterbauch einschließlich Harnblase, Restharn beim Mann | ☐ Schilddrüse |
| ☒ Geburtshilfliche Sonographie | ☐ Halsweichteile |
| ☐ Unterbauch einschließlich Harnblase, Uterus, Ovarien bei der Frau | ☐ Directionale Dopplersonographie der peripheren Arterien und Venen |
| ☐ Prostata | ☐ Directionale Dopplersonographie der extracraniellen Hirnarterien |
| ☐ Scrotum | ☐ Directionale Dopplersonographie der intracraniellen Hirnarterien |
| ☒ transvaginale Sonographie | ☐ Duplexsonographie |
| ☐ transrectale Sonographie | |
| ☒ Mammae | |

Nachstehende Nachweise der Ausbildung lege ich bei:

Bestätigung des Ausbildners über die Erfüllung Sonographie-Richtlinien der ÖÄK

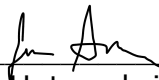
Gerät, welches in der Ordination verwendet wird:

Voluson S6

(Nur anzugeben, wenn eine Ordination bereits besteht oder eröffnet wird)

10.03.2016

Datum


Unterschrift