

BITTE DEUTLICH SCHREIBEN

Vorname(n): _____ ECCP-Nr.: _____

Nachname: _____

Privatadresse:

Strasse: _____

PLZ/Stadt: _____

Tel: _____

Email: _____

Klinikadresse:

Klinik: _____

Abt.: _____

Strasse: _____

PLZ/Stadt: _____ Land: _____

Tel: _____ Fax: _____

Unterschrift Kardiotechniker/in: _____ Datum: _____

Berufstätigkeit: (Sie müssen als Kardiotechniker/in angestellt sein)

In den letzten 3 Jahren als Kardiotechniker/in klinisch tätig: _____

Derzeit an der oben genannten Klinik beschäftigt: ja nein (Bei "nein" bitte Erklärung auf Rückseite)**Bestätigung des Arbeitgebers:**

Datum: _____

Personalverwaltung (Unterschrift und Stempel)

- Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Daten (Name und Land der Beschäftigung) in der "Certification Registry" auf der homepage des EBCP aufgeführt werden.

Zeitraum:

Januar 20__ bis Dezember 20__

	Datum	Operation/Verfahren	Kardiotechniker/in	Punkte
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

Hiermit bestätige ich, dass der/die auf Blatt I genannte Kardiotechniker/in, die EKZ eigenständig durchgeführt hat.

Name des/r ltd. Kardiotechnikers/in*: _____

Unterschrift*:

Datum: _____

*Falls der/die Bewerber/in der/die ltd. Kardiotechniker/in ist, sollte der ärztliche Direktor unterschreiben.

BERUFLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG
Kongress- und Seminarteilnahme, interne Fortbildung

Zeitraum: Januar 20 bis Dezember 20

Datum: _____ Ort: _____
Titel Kongress/Seminar/Kurs:

Veranstalter: _____

Punkte: _____

Unterschrift ltd. Kardiotechniker/in oder ärztl. Direktor

Datum: _____ Ort: _____
Titel Kongress/Seminar/Kurs:

Veranstalter: _____

Punkte: _____

Unterschrift ltd. Kardiotechniker/in oder ärztl. Direktor

Datum: _____ Ort: _____
Titel Kongress/Seminar/Kurs:

Veranstalter: _____

Punkte: _____

Unterschrift ltd. Kardiotechniker/in oder ärztl. Direktor

Vorträge: Name, Datum und Ort des Kongresses, Seminars, Workshop

Veröffentlichungen: Titel, Erscheinungsdatum, Ausgabe und Seitenzahl der Publikation

Punkte: _____

Bitte eine Kopie des Abstracts/Artikels beifügen

Vorträge: Name, Datum und Ort des Kongresses, Seminars, Workshop

Veröffentlichungen: Titel, Erscheinungsdatum, Ausgabe und Seitenzahl der Publikation

Punkte: _____

Bitte eine Kopie des Abstracts/Artikels beifügen

Vorträge: Name, Datum und Ort des Kongresses, Seminars, Workshop

Veröffentlichungen: Titel, Erscheinungsdatum, Ausgabe und Seitenzahl der Publikation

Punkte: _____

Bitte eine Kopie des Abstracts/Artikels beifügen

Zeitraum:

Januar 20__ bis Dezember 20__

KLINISCHE TÄTIGKEIT:	20	20	20
EKZ bei herzchirurgischen Eingriffen (1 Pkt / EKZ)			
<u>Insgesamt maximal 10 Pkt. für die folgenden Tätigkeiten:</u>			
Beaufsichtigte EKZ (1 Pkt / EKZ)			
EKZ bei onkologischen Operationen (1 Pkt / EKZ)			
EKZ bei neurochirurgischen Operationen (1 Pkt / EKZ)			
ECMO / LSS / VAD (ein Punkt / pro Fall / pro beteiligt. Kt)			
Standby bei OPCAB-Operationen (½ Pkt / Fall)			
EKZ in der Forschung (½ Pkt / Fall)			
Insgesamt (Minimum 40 Pkt / Jahr)			

BERUFLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG:	20	20	20
Passive Teilnahme			
a. Interner Kongress, Seminar, Workshop (1 Pkt)			
b. Nationaler Kongress, Seminar, Workshop (4 Pkt)			
c. Internationaler Kongress, Seminar, Workshop (8 Pkt)			
Aktive Teilnahme			
d. Präsentation bei internem Kongress, Seminar, Workshop (2 Pkt)			
e. Präsentation bei nationalem Kongress, Seminar, Workshop (3 Pkt)			
f. Sitzungsleiter/in bei nationalem Kongress (3 Pkt)			
g. Präsentation bei internationalem Kongress, Seminar, Workshop (5 Pkt)			
h. Sitzungsleiter/in bei internationalem Kongress (5 Pkt)			
Veröffentlichungen			
i. Veröffentlichte Abstracts (1 Pkt)			
j. Fachbeitrag in Zeitschrift ohne Editorial Policy* (4 Pkt)			
* Überprüfung der Artikel durch einen wissenschaftlichen Beirat			
k. Fachbeitrag in Zeitschrift mit Editorial Policy* (8 Pkt)			
Interne Fort- und Weiterbildung auf Blatt II dokumentiert (insgesamt)			
Selbststudium: Maximal 20 Pkt ohne Nachweis			
Insgesamt (Minimum 40 Pkt / Jahr)			

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben zur Beantragung der **EBCP-Rezertifikation** des/der auf Blatt I genannten Kardiotechnikers/in, überprüft und für richtig befunden habe:

Name des/r ltd. Kardiotechnikers/in*: _____

Unterschrift*: _____ Datum: _____

*Falls der/die Bewerber/in der/die ltd. Kardiotechniker/in ist, sollte der ärztliche Direktor unterschreiben.