



ULTRASCHALL- AUSBILDUNGSBUCH

für

Muskel- und Nervensonographie

von

Anrede: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

ÖGUM-Mitgliedsnummer: _____

Dieses Ausbildungsbuch ist Bestandteil des Ausbildungscurriculums „Muskel- und Nervensonographie“ der Österreichischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin.

Für die Anmeldung zum Abschlussgespräch bitten wir Sie, das vollständig ausgefüllte und von der/dem anerkannten Ausbilder/In unterzeichnete Ausbildungsbuch an das Sekretariat der ÖGUM zu senden:

Österreichische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
Neutorgasse 9
1010 Wien

Voraussetzungen

Das Ausbildungsbuch ist ein Qualitätsnachweis. Es dient dem Erwerb eines ÖGUM-Ultraschallzertifikates für angehende und ausgebildete Neurologen und setzt die Approbation als Arzt voraus. Es kann außerdem als Beleg für Weiterbildung in neurologischer Ultraschalldiagnostik verwendet werden. Während der Ausbildung müssen mindestens **200 Untersuchungen in der Nervensonographie** und **100 Untersuchungen in der Muskelsonographie** im Ausbildungsbuch dokumentiert werden.

Für Kursinformationen besuchen Sie bitte den online Kurskalender der ÖGUM Website:
(<http://www.oegum.at/ausbildung/kurskalender.html>)

Bitte beachten Sie, dass Ihre Ausbildungsstätte und der/die Ausbilder/In von der ÖGUM anerkannt sind. Die Ausbildungszeiten müssen von dem/der Ausbilder/In durch Unterschrift bestätigt werden. Bitte den Namen des/der Ausbilders/In zusätzlich angeben.

Ausbildungszeiten:

Frau/Herr _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

hat die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten Ultraschalluntersuchungen unter meiner
Anleitung

vom _____ bis _____ durchgeführt,

ganztätig/begleitend in:

Stempel und Unterschrift
(Ausbildner/In der ÖGUM)

Ausbildungszeiten:

Frau/Herr _____ geb.: _____

wohnhaft: _____

hat die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten Ultraschalluntersuchungen unter meiner
Anleitung

vom _____ bis _____ durchgeführt,

ganztätig/begleitend in:

Stempel und Unterschrift
(Ausbildner/In der ÖGUM)

Fortbildungskurse „Muskel- und Nervensonographie“

Kursbestätigungen bitte beilegen!

| Datum | Veranstaltung | Stunden | Kursleiter* |
|-------|-----------------------|---------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | Summe Stunden: | | |

* gemäß ÖGUM Ausbildungscurriculum Punkt C. Qualifizierter Kursleiter

Abschlussgespräch

Frau/Herr _____

hat den Nachweis erbracht, dass sie/er die theoretischen und praktischen Grundlagen der neurosonologischen Diagnostik beherrscht.

Ort/Datum: _____

Prüfer/In: _____

Stempel und Unterschrift
(Ausbildner/In)