Ärztekammer Schleswig-Holstein

SACHKUNDEERWERB

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Anwendungsgebiet	Anzahl dok. Untersuchungen			Zeitraum (monatlich)	Name des/der fachkundigen Arztes/Ärztin	Datum und Unterschrift des/der fachkundigen Arztes/Ärztin
	A	B	C			

Erläuterungen: Die Zahlen und Zeiten sind monatlich von einem fachkundigen Arzt zu bestätigen:

A Stellen der rechtfertigenden Indikation
B Technische Durchführung
C Befundung