UNIKLINIK KÖLN

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin | Kinderanästhesie

Hospitationsformular

Name:

Klinik:

E-Mail:

Telefon:

Ausbildungsstand:

☐ Assistenzärztin/-arzt Ausbildungsjahr

☐ Fachärztin/-arzt

Gewünschte **Hospitationsdauer:** ☐ 1 Woche / ☐ 2 Wochen / ☐ anderer Zeitraum:

Gewünschter **Hospitationszeitraum** *(bitte mehrere Alternativen angeben)*:

1) - -

2) - -

3) - -

Primäre und besondere Interessen (bitte alle Aspekte von Interesse ankreuzen):

☐ Kindernarkosen für den Facharzt
☐ Atemwegsmanagement incl. Intubation
☐ Regionalanästhesie (insb. Kaudalanästhesie)
☐ Kinderkardioanästhesie
☐ Kinderkardiointensivmedizin
☐ HNO
☐ Augenklinik
☐ Orthopädie
☐ Neurochirurgie

Wir müssen aber leider darauf hinweisen, dass sich nicht immer alle Wünsche realisieren lassen.

P2012062; Stand: 12/2020