

Antrag zur DEGUM- Zertifizierung einer qualifizierten Ultraschallweiterbildung für Abteilungen (Sektion Innere Medizin)



Antragssteller

Name: Vorname:

Titel: Geburtsdatum:

Stellung in der Klinik:

Krankenhaus:

Abteilung:

Anschrift:

.....

Tel. (Klinik): privat:

E-Mail:

Der Vorstand der DEGUM hat 2007 auf Anregung der BÄK beschlossen, Krankenhausabteilungen und andere klinische Einrichtungen zu zertifizieren, die eine qualifizierte Ultraschallweiterbildung durchführen. Das Zertifikat kann beantragt werden von Abteilungen, die die u.g. Voraussetzungen erfüllen:

Antrag bitte an die **DEGUM-Geschäftsstelle**, Ermekeilstr. 1, 53113 Bonn

Eingang am:

<p>Bitte entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen diesem Antrag beilegen!</p>	<p><i>geprüft Geschäfts- stelle</i></p>
<p>1. Verantwortlicher DEGUM Stufe II-Untersucher / Ausbilder in der Abteilung:</p> <p>Name:</p> <p>Stellung in der Abteilung:</p> <p>DEGUM-Ausbilder / Stufe II seit:</p> <p><input type="checkbox"/> Der Ausbilder ist für die Ausbildung in Ihrem Hause persönlich verantwortlich. Sobald sie / er aus der Abteilung ausscheidet, erlischt natürlich die Zertifizierung</p> <p><input type="checkbox"/> Der Ausbilder ist mit der Ultraschallausbildung ständig befasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ultraschalluntersuchungen pro Jahr (Abt.): ➤ Ultraschalluntersuchungen pro Jahr (Stufe II-Untersucher / Ausbilder) ➤ Ständig in Ausbildung befindlichen ärztl. Mitarbeiter/inne/n: 	
<p>2. Nachweis eines Ultraschall-Ausbildungscurriculums:</p> <p>Kurze Beschreibung des Curriculums in der Anlage unter Berücksichtigung der u.g. Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ultraschalluntersuchungen pro Jahr (Abteilung)? ➤ Wie viele Untersuchungsplätze? ➤ Wie viele Stufe I-Untersucher oder Tutoren ? 	

- Welchen Ausbildungsstand haben diese ?
- Weitere Stufe II-Untersucher oder Stufe III-Untersucher in der Abteilung?
- Wie ist in Ihrem Hause die Ultraschalldiagnostik im Nachtdienst geregelt?
- Wie viele Wochen und für wie viele Stunden pro Tag sind die Assistent/inne/n in der Ultraschallabteilung tätig?
- Besteht in dieser Zeit eine Anleitung?
- Durch wen erfolgt die Anleitung ?
- Bitte nennen Sie den/die Namen der in den letzten 3 Jahren so ausgebildeten Kolleg/inn/en (Liste in der Anlage)
- Wie viele Untersuchungen haben diese selbständig, wie viele unter Anleitung durchgeführt. (Minimum sind die in der neuen WBO geforderten Untersuchungszahlen). Bitte übersenden Sie eine Kopie des diesbezüglichen Abschnittes des Logbuches der Kolleg/inn/en.

3. Stellungnahme des Assistentensprechers zur Ultraschallweiterbildung:

Name: Vorname:

Tel.: E-Mail:

Das o.g. Ausbildungscurriculum wird praktisch bei uns umgesetzt. Für Rückfragen stehe ich der Sektionsleitung unter obiger Tel. Nr. gerne zu Verfügung:

.....(Ort, Datum, Unterschrift)

ggf. Anmerkungen:

4. Aktuelle Geräteausstattung (minimale Gerätequalifikation St. 2 akt. DEGUM-Geräteliste):

1) (Anschaffungsjahr:)

2) (Anschaffungsjahr:)

3) (Anschaffungsjahr:)

5. Nachweis eines Literatur- / Lehrbuchfundus und eines Internetzuganges:

Internetzugang für Literaturrecherche in Klinik vorhanden?

.....

Literatur/Lehrbuchfundus (ggf. Beilage)?

.....

.....

.....

(geschätzter Umfang, Zugänglichkeit, abonnierte Periodika, Online-Abos,)

6. Weiterbildungsermächtigungen der Landesärztekammer:

Weitungsermächtigungen der Landesärztekammer liegen vor:
 (bitte geben Sie jeweils die Dauer und den Weiterbildungsberechtigten an!)

	Dauer Jahre	Weitungsermächtigter Arzt
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin:		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie		
<input type="checkbox"/> Facharzt Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie		
<input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin und Angiologie		
<input type="checkbox"/> Sonstige:		

7. Die Abteilung / Einrichtung muss das gesamte Spektrum des Faches abdecken:

Bitte führen Sie aus, ob Sie den Antrag für das gesamte Gebiet der Inneren Medizin stellen oder für welchen der Schwerpunkte Sie zertifiziert werden wollen. Belegen Sie bitte Ihren Arbeitsbereich durch die Fallstatistik des vergangenen Jahres. Wenn mehrere internistische Kliniken zusammen den Antrag stellen, machen Sie bitte deutlich, welche Kliniken dies sind und wie die Ausbildung (s. 2.) geregelt ist.

Beantragte Schwerpunkte:

- Abdomen und Retroperitoneum
- Thorax
- Doppler / Duplex peripherer und extracranieller hirnversorgender Gefäße
- Schilddrüse
- Smallpart-Sonographie

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Stempel

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift verantwortlicher Ausbilder / Stufe II

.....
Stempel