

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



An die  
DEGUM-Geschäftsstelle  
Ermekeilstr. 1  
53113 Bonn

Der Vorstand der DEGUM hat 2007 auf Anregung der BÄK beschlossen, Krankenhausabteilungen und andere klinische Einrichtungen zu zertifizieren, die eine qualifizierte Ultraschallweiterbildung durchführen. Die Zertifizierung wird jeweils für 3 Jahre erteilt und muss dann verlängert werden. Hiermit beantrage ich eine **Verlängerung um weitere 3 Jahre.**

Eingang DEGUM-Geschäftsstelle am: .....

	geprüft Geschäfts- stelle
<p><b>1) Verantwortlicher DEGUM Stufe II-Untersucher / Ausbilder oder auch Kursleiter auf den die Zertifizierung ausgestellt ist::</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Name: .....</li> <li>➤ Stellung in der Abteilung (OA / CA, ...): .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Die vorangegangene Zertifizierung läuft bis .....</p> <p><input type="checkbox"/> Der Ausbilder / Kursleiter ist für die Ausbildung in Ihrem Hause persönlich verantwortlich.</p> <p>Sobald sie / er aus der Abteilung ausscheidet, erlischt die Zertifizierung</p>	
<p><b>2) Aktuelle Geräteausstattung</b> (minimale Gerätequalifikation St. 2 akt. DEGUM-Geräteliste):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) ..... (Anschaffungsjahr: .....)</li> <li>2) ..... (Anschaffungsjahr: .....)</li> <li>3) ..... (Anschaffungsjahr: .....)</li> </ul>	
<p><b>3) Bearbeitungsgebühr 150,- €:</b> Mit Ausstellung des Zertifikats erhalten Sie eine Rechnung, bitte geben Sie die Anschrift an, falls diese z.B. direkt an die Verwaltung geschickt werden soll:</p>	

**4) 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: .....

**5) Liste der in den vergangenen 3 Jahren ausgebildeten Assistenzärzte:**

**(Name, Vorname, Telefon oder Mail, Unterschrift)**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**6) Nachweis eines Ultraschall-Ausbildungscurriculums:**

Das beim Erstantrag beschriebene Ausbildungscurriculum wird in unserer Abteilung weiterhin umgesetzt. Kurze Beschreibung des Curriculums und evt. Veränderungen (u.a. unter Berücksichtigung folgender Punkte: Ultraschalluntersuchungen pro Jahr/Abteilung, Untersuchungsplätze, Wie viele Stufe I-Untersucher oder Tutoren, Ausbildungskonzept, Rotation, ...)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
Stempel

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift verantwortlicher Ausbilder / Stufe II

.....  
Stempel