

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>1) Verantwortlicher DEGUM Stufe II-Untersucher / Ausbilder oder auch Kursleiter auf den die Zertifizierung ausgestellt ist::</p> <p>➤ Name:</p> <p>➤ Stellung in der Abteilung (OA / CA, ...):</p> <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>2) Aktuelle Geräteausstattung (minimale Gerätequalifikation St. 2 akt. DEGUM-Geräteliste):</p> <p>1) (Anschaffungsjahr:)</p> <p>2) (Anschaffungsjahr:)</p> <p>3) (Anschaffungsjahr:)</p>	
<p>3) Bearbeitungsgebühr 150,- €: 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