

DEGUM Geschäftsstelle
Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Antragsteller*in
Krankenhaus
PLZ Ort
Telefon
E-Mail

Bitte reichen Sie diesen Antrag mit den erforderlichen Unterlagen und Nachweisen ein.
Übermittlung gerne als PDF per E-Mail an: zertifizierung@degum.de

geprüft
Geschäftsstelle

1.	<p>Verantwortliche/r DEGUM Ausbilder*in Stufe II oder Kursleiter*in Stufe III, auf den die Zertifizierung ausgestellt ist.</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Persönliche DEGUM Stufe</td> </tr> <tr> <td>Persönliche DEGUM Zertifizierung seit</td> <td>gültig bis</td> </tr> </table>	Name		Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)		Persönliche DEGUM Stufe		Persönliche DEGUM Zertifizierung seit	gültig bis	
Name											
Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)											
Persönliche DEGUM Stufe											
Persönliche DEGUM Zertifizierung seit	gültig bis										
<p><i>Der/Die DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in ist für die Ausbildung in ihrem Hause persönlich verantwortlich. Sobald er/sie aus der Abteilung ausscheidet, erlischt die Abteilungszertifizierung.</i></p>											
2.	<p>Der/Die DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in ist mit der Ultraschallausbildung ständig befasst:</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung</td> </tr> <tr> <td>Ultraschalluntersuchungen pro Jahr durch den/die Antragsteller*in</td> </tr> <tr> <td>Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen</td> </tr> </table>	Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung	Ultraschalluntersuchungen pro Jahr durch den/die Antragsteller*in	Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen						
Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung											
Ultraschalluntersuchungen pro Jahr durch den/die Antragsteller*in											
Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen											
3.	<p>Nachweis eines Ultraschall-Ausbildungscurriculums.</p> <p>Bitte beschreiben Sie Ihr Curriculum unter Berücksichtigung folgender Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anzahl der Untersuchungsplätze ▶ Anzahl der DEGUM Stufe I Untersucher*in ▶ Weitere Untersucher*in der DEGUM Stufe II oder III in der Abteilung? ▶ Wie ist in Ihrem Hause die Ultraschalldiagnostik im Nachtdienst geregelt? ▶ Wie viele Wochen und wie viele Stunden pro Tag sind die Assistent*inn*en 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 ▶ Wie viele Untersuchungen haben diese selbständig, wie viele unter Anleitung durchgeführt? (Minimum sind die in der neuen WBO geforderten Untersuchungszahlen.) <p><i>! Bitte eine Kopie des diesbezüglichen Abschnittes der Logbücher der Kolleg*inn*en beifügen.</i></p>										

Antragsteller*in

		geprüft Geschäftsstelle
4. Stellungnahme des Assistentensprechers/der Assistentensprecherin zur Ultraschallweiterbildung: <i>Das beschriebene Ausbildungscurriculum wird praktisch bei uns umgesetzt. Für Rückfragen stehe ich der Sektionsleitung gerne zur Verfügung.</i>	Name	
	Telefon	
	Email	
	Ort Datum	
	Unterschrift	
5. Aktuelle Geräteausstattung (mit Anschaffungsjahr)	1.	
	2.	
	3.	
	Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?	
6. Nachweis Literatur-/Lehrbuchfundus und Internetzugang	Internetzugang für Literaturrecherche in der Klinik vorhanden?	
	Literatur-/Lehrbuchfundus (ggf. Anlage)	
	(geschätzter Umfang, Zugänglichkeit, abonnierte Periodika, Online-Abos, etc.)	

Antragsteller*in

geprüft
Geschäftsstelle

7.	Weiterbildungsermächtigung der Landesärztekammer.
----	---

Weiterbildungs- ermächtigungen liegen vor:	Landesärztekammer
---	-------------------

Bitte geben Sie jeweils die Dauer und den/die Weiterbildungsberechtigte*n an:

Fachgebiet	Dauer (Jahre)	Weiterbildungsberechtigte*r Arzt/Ärztin

8.	Die Abteilung/Einrichtung muss das gesamte Spektrum des Faches abdecken. Belegen Sie bitte Ihren Arbeitsbereich durch die Fallstatistik des vergangenen Jahres. ! Bitte in Kopie beifügen.
----	--

9.	Die Bearbeitungsgebühr beträgt 150€. Die Zahlungsaufforderung wird an die Krankenhausverwaltung geschickt.
----	---

Ort Datum

Ort Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Unterschrift verantwortliche/r DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in

Stempel

Stempel
