

DEGUM e.V.  
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 per Email an: [zertifizierung@degum.de](mailto:zertifizierung@degum.de)

geprüft  
Geschäftsstelle

1.	Verantwortliche/r DEGUM Ausbilder*in Stufe II oder Kursleiter*in Stufe III in der Abteilung, auf den die Zertifizierung ausgestellt werden soll.	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Name</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		Persönliche DEGUM Stufe		Persönliche DEGUM Zertifizierung seit	gültig bis	
Name									
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.	Der/Die DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in ist mit der Ultraschall-ausbildung ständig befasst:	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Stellung in der Abteilung</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen</td> </tr> </table>	Stellung in der Abteilung		Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung		Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen		
Stellung in der Abteilung									
Ultraschalluntersuchungen pro Jahr in der Abteilung									
Anzahl der ständig in Ausbildung befindlichen Assistenzärzte*innen									
3.	<p>Nachweis eines Ausbildungscurriculums.</p> <p>Bitte beschreiben Sie <u>genau</u> den Inhalt des Curriculums:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Welche Ausbildungsmöglichkeiten haben Sie?</li> <li>▶ Wie viele Untersuchungsplätze?</li> <li>▶ Wie viele Untersuchungen im Jahr?</li> <li>▶ Wie viele Tutoren? Welchen Ausbildungsstand haben diese?</li> <li>▶ Wie ist in Ihrem Hause die Ultraschalldiagnostik im Nachtdienst geregelt?</li>   <li>▶ Wie viele Wochen und für wie viele Stunden pro Tag sind die Assistent*inn*en in der Ultraschallabteilung tätig?</li> <li>▶ Besteht in dieser Zeit eine Anleitung?</li> <li>▶ Durch wen erfolgt die Anleitung?</li> <li>▶ Wie viele Untersuchungen führt ein*e auszubildende*r Arzt/Ärztin in der Ultraschallausbildung selbständig, wie viele unter Anleitung durch? (Minimum sind die in der neuen WBO geforderten Untersuchungszahlen für die jeweiligen Gefäßabschnitte.)</li> </ul>								

Antragsteller*in
------------------

		geprüft Geschäftsstelle
4.	<p>Stellungnahme des Assistentensprechers/der Assistentensprecherin zur Ultraschallweiterbildung:</p> <p><i>Das beschriebene Ausbildungscurriculum wird praktisch bei uns umgesetzt. Für Rückfragen stehe ich der Sektionsleitung gerne zur Verfügung.</i></p>	
Name		
Telefon		
Email		
Ort   Datum		
Unterschrift		
5.	<p>Aktuelle Geräteausstattung</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?</p>	
6.	<p>Nachweis Literatur-/Lehrbuchfundus und Internetzugang</p> <p>Literatur-/Lehrbuchfundus (ggf. Anlage)</p>	
6.	<p>Die Abteilung/Einrichtung muss das gesamte Spektrum des jeweiligen Faches abdecken. Belegen Sie bitte Ihren Arbeitsbereich durch die Fallstatistik des vergangenen Jahres. ! Bitte in Kopie beifügen.</p>	

Antragsteller*in
------------------

geprüft  
Geschäftsstelle

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
---------