

Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe I des Arbeitskreises Allgemeinmedizin Stand 12/2019



DEGUM e.V.
Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Den vollständigen Antrag senden Sie
bitte an: zertifizierung@degum.de

1	Name: Titel: Stellung in der Klinik/Praxis seit: Anschrift:	Vorname: Geburtsdatum: E-Mail: Telefon Praxis/Klinik: Telefon privat:
---	---	--

2	DEGUM-Mitgliedsnummer:	Mitglied seit: Bitte beachten Sie, dass die DEGUM-Mitgliedschaft Voraussetzung für die Zertifizierung ist. (Mitgliedschaftsantrag unter: www.degum.de/service/downloads) Die Zertifizierung ist 6 Jahre gültig. Vor Ablauf muss ein Rezertifizierungsantrag gestellt werden.
---	-------------------------------------	---

	<u>Für die Punkte 3, 4, 5 und 7 bitte Belege / Bescheinigungen (in Kopie) beifügen!</u>	Eintrag DEGUM
3	CA-Bescheinigung über laufende Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzturkunde Allgemeinmedizin	
4	CA-Bescheinigung (bzw. Bestätigung KV/Abrechnung) über aktive Ultraschalldiagnostik in Allgemeinmedizin a. ganztätig mindestens 6 Monate oder b. begleitend mindestens 24 Monate und über mindestens 800 eigenständig durchgeführte Sonographien (400 eigene Untersuchungen pro Jahr (im Durchschnitt) in den 2 Jahren vor Antragstellung) <u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u>	

	Name, Vorname	
5	Teilnahmebescheinigungen mit DEGUM-Plakette (mind. folgende Kurse des DEGUM-Kurssystems Abdomen): <ul style="list-style-type: none"> - Grundkurs - Aufbaukurs <u>Alternativ</u> wird der Nachweis von Tutoren- oder Referententätigkeit in DEGUM-zertifizierten Grund- und Aufbaukursen anerkannt (Bescheinigungen der jeweiligen Kursleiter)	
6	Aktuelle Geräteausstattung und Dokumentationsmöglichkeiten	
7	Schriftliche Bürgschaft von einem DEGUM- Ausbilder (Stufe II) oder DEGUM-Kursleiter (Stufe III) des Arbeitskreises Allgemeinmedizin oder der Sektion Innere Medizin Name des Bürgen:	
8	Die Bearbeitungsgebühr von 50,00 € ist auf folgendes Konto überwiesen worden: DEGUM e.V. IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07 • BIC PBNKDEFF (Postbank Stuttgart) <u>Verwendungszweck:</u> Name, Stufe I Allgemeinmedizin	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und beantrage die Anerkennung der DEGUM-Stufe I des Arbeitskreises Allgemeinmedizin.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

<u>Vom Gutachter auszufüllen</u>	
Der Antrag ist vollständig und richtlinienkonform. Die Voraussetzungen für die Anerkennung der DEGUM-Stufe I sind erfüllt.	
Der Antrag ist unvollständig / nicht richtlinienkonform. <u>Begründung:</u>	
..... Ort, Datum Unterschrift
Ergebnis bitte per Scan an die Geschäftsstelle schicken: zertifizierung@degum.de	