

DEGUM Geschäftsstelle  
Charlottenstr. 79/80  
10117 Berlin

Name   Vorname   Titel	
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon privat	Telefon beruflich
E-Mail	
Stellung in der Klinik / niedergelassen seit	

Den vollständigen Antrag senden Sie bitte an: [zertifizierung@degum.de](mailto:zertifizierung@degum.de)

geprüft  
Geschäftsstelle

1.	<p>Es wurden <u>jährlich</u> eigenverantwortlich mindestens 200 Notfallsonographien durchgeführt, davon 75% eigene und 20% mit klinisch-relevantem pathologischem Befund. Es werden alle dokumentierten fokussierten Anwendungen nach dem Dreiländerübergreifenden Curriculum der DEGUM/AK Notfallsonographie anerkannt.</p> <p>(Befunde und Bilddokumentationen oder Filmmaterial sind dem Arbeitskreis auf Verlangen per Datenträger vorzulegen.) <i>! Bitte Chefarztbestätigung beilegen.</i></p>	<p>Aktuelle Anzahl:</p> <p>Klinik/Praxis:</p>	
2.	<p>Nachweis über 120 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren (durchschnittlich 20 pro Jahr) durch Teilnahme an sonographischen Fortbildungsveranstaltungen/Kongressen. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>		
3.	<p>Nachweis der aktiven Mitwirkung als Instruktor*in an 6 DEGUM-zertifizierten Notfallsonographiekursen aus den vergangenen sechs Jahren. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>		
4.	<p>Nachweis über mindestens eine Teilnahme an einer Arbeitskreissitzung des AK Notfallsonographie innerhalb von 3 Jahren. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen, insgesamt 2 Nachweise.</i></p>		
5.	<p>Aktuelle Geräteausstattung</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?</p>		

Name   Vorname   Titel

geprüft  
 Geschäftsstelle

6.	Bitte überweisen Sie die <b>Bearbeitungsgebühr</b> von 50 € unter dem Verwendungszweck: <i>Name, Rezert Stufe II NOT</i>
----	--

Geldinstitut	Postbank Stuttgart
Empfänger	DEGUM e.V.
IBAN	DE55 6001 0070 0177 2227 07
BIC	PBNKDEFF

--

Ort   Datum

Unterschrift