

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

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>(Anonymisierte Befunde und aussagefähige Bild- oder Videodokumentationen sind dem Arbeitskreis auf Verlangen per Datenträger vorzulegen.)</p> <p><i>! Bitte Chefarztbestätigung (alternativ DEGUM Kursleiter) beilegen.</i></p>	<p>Aktuelle Anzahl:</p> <p>Klinik/Praxis:</p>	
2.	<p>Nachweis über 36 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren (durchschnittlich 6 pro Jahr) durch Teilnahme an sonographischen Fortbildungsveranstaltungen/Kongressen.</p> <p><i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>		
3.	<p>Nachweis über mindestens zwei Teilnahmen an einer Arbeitskreissitzung des AK Notfallsonographie im Rezertifizierungszeitraum.</p>		
5.	Aktuelle Geräteausstattung	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	
	Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?		

Name Vorname Titel

geprüft
Geschäftsstelle

6.

Bitte überweisen Sie die **Bearbeitungsgebühr** von 50 €
unter dem Verwendungszweck:
Name, Rezert Stufe II NOT

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

--

Ort | Datum

--

Unterschrift

--