

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 300 Notfallsonografien durchgeführt, davon 50% eigene und 20% mit klinisch-relevantem pathologischem Befund. Es werden alle dokumentierten fokussierten Anwendungen nach dem Dreiländerübergreifenden Curriculum der DEGUM/AK Notfallsonografie 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 180 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren (durchschnittlich 30 pro Jahr) durch Teilnahme an sonographischen Fortbildungsveranstaltungen (einschließlich Kurse) / Kongressen. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>		
3.	<p>Nachweise über 6 durch den AK Notfallsonographie der DEGUM zertifizierten Grund- oder Aufbaukursen als Kursleiter im Rezertifizierungszeitraum; durchschnittlich einen Kurs pro Jahr. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen. Insgesamt 6 Nachweise.</i></p>		
4.	<p>Nachweis über Teilnahme an drei Arbeitskreissitzungen des AK Notfallsonographie in den vergangenen sechs Jahren. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen, insgesamt 3 Nachweise.</i></p>		
5.	<p>Nachweise über mindestens 5 Kongressvorträge zu notfallsonographischen Themen iaußerhalb der Kurse im Rezertifizierungszeitraum. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen, insgesamt 5 Nachweise.</i></p>		
6.	<p>Aktuelle Geräteausstattung</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?</p>		

Name   Vorname   Titel

geprüft  
Geschäftsstelle

7.

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

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

--

Ort | Datum

--

Unterschrift

--