

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

Anwendungsbereiche		geprüft Geschäftsstelle
<input type="checkbox"/> extrakranielle hirnversorgende Gefäße <input type="checkbox"/> intrakranielle hirnversorgende Gefäße <input type="checkbox"/> periphere Arterien und Venen <input type="checkbox"/> Arterien und Venen des Abdomens		
1.	<p>Nachweis der Teilnahme an zertifizierten Ultraschallveranstaltungen, die <u>nicht</u> Teil der Basisausbildung (Grund-, Aufbau-, Abschlusskurs) sind. Insgesamt sind wenigstens 36 Stunden aus den vergangenen sechs Jahren nachzuweisen. (Die Teilnahme an der Sommertagung wird mit 12 Stunden, am Dreiländertreffen mit 16 Stunden anerkannt.) <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>	
2.	<p>Nachweis von jährlich mindestens 600 selbständig durchgeführten und/oder supervidierten Untersuchungen aus den vergangenen drei Jahren. Bei mehreren Anwendungsbereichen sind pro beantragtem Anwendungsbereich jährlich mindestens 400, bei allen vier Anwendungsbereichen insgesamt jährlich mindestens 1200 selbständig durchgeführte und/oder supervidierte Untersuchungen aus den vergangenen drei Jahren nachzuweisen. (Befunde sind nur auf Verlangen des Arbeitskreises einzureichen.) <i>! Bitte Chefarztbestätigung beilegen.</i></p>	
3	Aktuelle Geräteausstattung	geprüft Geschäftsstelle
	1.	
	2.	
	3.	
Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?		

Name Vorname Titel

geprüft
Geschäftsstelle

4.

Bitte überweisen Sie die **Bearbeitungsgebühr** von 50 €
unter dem Verwendungszweck:
Name, Rezert Stufe II, VAS

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

--

Ort | Datum

--

Unterschrift

--