

# Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe I der Sektion Anästhesiologie

Stand 08/2019



DEGUM e.V.  
Geschäftsstelle Bonn  
Ermekeilstraße 1  
53113 Bonn

Anfragen zur Zertifizierung:  
**Frau Karin Alef**  
E-Mail: [karin.alef@degum.de](mailto:karin.alef@degum.de)  
Telefon: +49 (0) 228 2808 778

|   |   |                            |
|---|---|----------------------------|
| 1 | <b>Name:</b> .....                                  | <b>Vorname:</b> .....      |
|   | <b>Titel:</b> .....                                 | <b>Geburtsdatum:</b> ..... |
|   | <b>Stellung in der Klinik/Praxis seit:</b><br>..... | <b>E-Mail:</b> .....       |
|   | <b>Anschrift:</b><br>.....<br>.....<br>.....        | <b>Telefon:</b> .....      |

|  |                                     |                             |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|
| 2  | <b>DEGUM-Mitgliedsnummer:</b> ..... | <b>Mitglied seit:</b> ..... |
| <p>Bitte beachten Sie, dass die DEGUM-Mitgliedschaft Voraussetzung für die Zertifizierung ist.<br/>(Mitgliedschaftsantrag unter: <a href="http://www.degum.de/service/downloads">www.degum.de/service/downloads</a>)</p> |                                     |                             |

| <b><u>Für die Punkte 3 – 8 bitte Belege / Bescheinigungen beifügen!</u></b> |  | <b>Eintrag<br/>DEGUM</b> |
|---|--|--------------------------|
| 3   | <b>Facharzturkunde</b> im Fachgebiet Anästhesiologie   |                          |
| 4   | <b>Bescheinigung</b> über mindestens <b>300 eigenständig durchgeführte Sonographien</b><br>(davon mindestens 180 US-gestützte Regionalanästhesien (Nervensonographie), darüber hinaus Organsonographie und US-geführte Anlage von Gefäßzugängen)<br><u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u> |                          |
| 5   | Es werden <b>pro Jahr</b> mindestens <b>100 eigenständige Ultraschalluntersuchungen</b> durchgeführt.  |                          |
| 6   | Aktuelle <b>Geräteausstattung</b> (inklusive Ultraschallsonden)  |                          |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | <b>Name, Vorname</b> .....  |  |
| 7 | <b>Schriftliche Bürgschaft von einem DEGUM-Kursleiter der Sektion Anästhesiologie</b><br><br>Name des Bürgen:.....  |  |
| 8 | <b>Kursbescheinigungen</b> der Sektion Anästhesiologie (gelbe DEGUM-Plaketten) nicht älter als 6 Jahre*<br>1. <b>Grundkurs 1:</b> Ultraschallgestützte periphere Nervenblockaden und Gefäßzugänge<br>2. <b>Aufbaukurs:</b> Ultraschallgestützte Nervenblockaden und Gefäßzugänge oder <u>alternativ</u><br><b>Grundkurs 2:</b> Ultraschall in der Diagnostik von Akutsituationen<br>* <i>Liegt das DEGUM-Zertifikat Anästhesiologie bereits vor, legen Sie bitte Kopien des Zertifikats und der dazu eingereichten Kursbescheinigungen bei.</i> |  |
| 9 | Die <b>Bearbeitungsgebühr von 50,00 €</b> ist auf folgendes Konto überwiesen worden:<br>DEGUM e.V. IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07 • BIC PBNKDEFF (Postbank Stuttgart)<br><u>Verwendungszweck:</u> Name, Antrag I, Anästhesiologie   |  |

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und beantrage die Anerkennung der DEGUM-Stufe I der Sektion Anästhesiologie.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller/in

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