

Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe I der Sektion Anästhesiologie

Stand 08/2020



DEGUM e.V.
Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Anfragen zur Zertifizierung:
E-Mail: zertifizierung@degum.de

| | | |
|---|---|----------------------------|
| 1 | Name: | Vorname: |
| | Titel: | Geburtsdatum: |
| | Stellung in der Klinik/Praxis seit: | E-Mail: |
| | Anschrift: | Telefon: |

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

| <u>Für die Punkte 3 – 7 bitte Belege / Bescheinigungen beifügen!</u> | | Eintrag DEGUM |
|---|--|------------------|
| 3 | Facharzturkunde im Fachgebiet Anästhesiologie | |
| 4 | Chefarzt-Bescheinigung über mindestens 300 eigenständig durchgeführte Sonographien (davon mindestens 180 US-gestützte Regionalanästhesien (Nervensonographie), darüber hinaus Organsonographie und US-geführte Anlage von Gefäßzugängen) <u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u> | |
| 5 | Aktuelle Geräteausstattung (inklusive Ultraschallsonden) | |

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

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