

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

Stand 08/2020



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

Anfragen zur Zertifizierung:  
E-Mail: [zertifizierung@degum.de](mailto:zertifizierung@degum.de)

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

2	<b>DEGUM-Mitgliedsnummer:</b> .....	<b>Mitglied seit:</b> .....
<p>Bitte beachten Sie, dass für die Beantragung mindestens eine 2-jährige DEGUM-Mitgliedschaft erforderlich ist, davon mindestens 1 Jahr mit DEGUM-Stufe I.</p>		

<b><u>Für die Punkte 3 - 8 bitte Belege / Bescheinigungen beifügen!</u></b>		<b>Eintrag DEGUM</b>
3	<b>Urkunde DEGUM-Stufe I</b> der Sektion Anästhesiologie	
4	<b>CA-Bescheinigung</b> über mind. <b>300 eigenständig durchgeführte Sonografien</b> (ab Stufe I).  <u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u>	
5	Aktuelle <b>Geräteausstattung</b> (inklusive Ultraschallsonden)	

	<b>Name, Vorname</b> .....	
6	<b>Schriftliche Bürgschaft</b> von zwei DEGUM-Kursleitern der Sektion Anästhesiologie  Name des Bürgen:.....  Name des Bürgen:.....	
7	<b>Kursbescheinigungen</b> der Sektion Anästhesiologie (gelbe DEGUM-Plakette) (oder Bescheinigung/en über Tätigkeit als Tutor/Referent in den Kursen) 1. <b>Grundkurs 1:</b> Ultraschallgestützte periphere Nervenblockaden und Gefäßzugänge 2. <b>Grundkurs 2:</b> Ultraschall in der Diagnostik von Akutsituationen 3. <b>Aufbaukurs:</b> Ultraschallgestützte Nervenblockaden und Gefäßzugänge	
8	<b>Teilnahme</b> an einer <b>Sektionssitzung</b> innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung	
9	Die <b>Bearbeitungsgebühr von 50,00 €</b> und die <b>Prüfungsgebühr von 200,00 €</b> sind auf folgendes Konto überwiesen worden: DEGUM e.V. IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07 • BIC PBNKDEFF (Postbank Stuttgart) <u>Verwendungszweck:</u> Name, Antrag II, Anästhesiologie	

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und beantrage die Zulassung zur Prüfung der DEGUM-Stufe II der Sektion Anästhesiologie.\***

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Antragsteller/in

\*Das Prüfungsgespräch findet mit zwei DEGUM-Kursleitern Stufe II der Sektion Anästhesiologie statt. Ort und Zeitpunkt werden durch den Sektionsvorsitzenden in Absprache mit Prüfer und Prüfling festgelegt.

<b><u>Vom Gutachter auszufüllen</u></b>	
Der Antrag ist vollständig und richtlinienkonform. Die Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung sind erfüllt.	
Der Antrag ist unvollständig / nicht richtlinienkonform.  <u>Begründung:</u>	
.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift

<b>Ergebnis bitte per Scan an die Geschäftsstelle schicken: <a href="mailto:zertifizierung@degum.de">zertifizierung@degum.de</a></b>	
<b><u>Von den Prüfern auszufüllen</u></b>	
Name d. Kandidaten / Kandidatin:..... Prüfungsdatum:..... Name des Prüfers 1:..... Unterschrift:..... Name des Prüfers 2:..... Unterschrift:.....	
Die Praktische Prüfung wurde bestanden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <u>Bemerkungen:</u>	
<b>Ergebnis einschließlich Prüfungsprotokoll bitte per Scan an die Geschäftsstelle schicken: <a href="mailto:zertifizierung@degum.de">zertifizierung@degum.de</a></b>	