

Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe I der Sektion Chirurgie

Stand 08/2020



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

Den vollständigen Antrag senden Sie
bitte an: zertifizierung@degum.de

1 **Name:**..... **Vorname:**.....

Titel:..... **Geburtsdatum:**.....

Stellung in der Klinik/Praxis seit:..... **E-Mail:**.....

..... **Telefon:**.....

Anschrift:

.....

.....

.....

2 **DEGUM-Mitgliedsnummer:**..... **Mitglied seit:**.....

Bitte beachten Sie, dass die DEGUM-Mitgliedschaft Voraussetzung für die Zertifizierung ist.
(Mitgliedschaftsantrag unter: www.degum.de/service/downloads)

| Für die Punkte 3 – 6 und 8 bitte Belege / Bescheinigungen (in Kopie) beifügen! | Eintrag DEGUM |
|---|------------------|
| 3 Facharzturkunde im Fachgebiet Chirurgie | |
| 4 Aktive Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik des eigenen Fachgebiets ganztäglich von bis (mindestens 4 Monate) <i>oder alternativ</i> regelmäßig begleitend von bis (mindestens 24 Monate) | |
| 5 Mindestens 800 eigenverantwortlich durchgeführte Ultraschalluntersuchungen <u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u> | |
| 6 Mindestens ein DEGUM-Kurs wurde als Tutor begleitet. Datum: Ort: Kursleiter: | |

| | | |
|---|---|--|
| | Name, Vorname | |
| 7 | Aktuelle Geräteausstattung Aktuelle Dokumentationsmöglichkeiten: | |
| 8 | Schriftliche Bürgschaft von einem DEGUM-zertifizierten Arzt (Stufe III oder Stufe II) i.d.R. der Sektion Chirurgie Name des Bürgen:..... | |
| 9 | 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, Stufe I, CHI | |
| | <i>Nach der Bestätigung des Antrags durch einen Gutachter der Sektion Chirurgie wird der Antrag auf einer Sektions-sitzung während des Sektionsjahres- oder Dreiländertreffens vorgestellt. Die Anwesenheit des Antragstellers ist Voraussetzung für die Anerkennung! (In begründeten Ausnahmefällen kann der Sektionsvorstand entscheiden, die Anerkennung im Rahmen einer Videokonferenz mit dem Antragsteller und dessen Bürgen vorzunehmen.)</i> | |

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

.....
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 | | |