

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

1.	Es wurden jährlich durchschnittlich mindestens 1000 eigene sonographische Untersuchungen durchgeführt <u>oder</u> mindestens 750 Patienten mit klinisch relevantem pathologischen Befund untersucht. (Befunde und Bilddokumentationen sind auf Verlangen der Sektion vorzulegen.) <i>! Bitte Chefarztbestätigung beilegen.</i>						
2.	Nachweis über insgesamt 144 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren durch Teilnahme an sonographischen Fortbildungsveranstaltungen/Kongressen. Teilnahme an mindestens 2 Sektionstagungen oder DLT in 6 Jahren. <i>! Teilnahmebescheinigungen in Kopie beifügen.</i>						
3.	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">Zitierfähige sonographische Publikationen der letzten 6 Jahre.</td> <td>1.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> </tr> <tr> <td>4.</td> </tr> </table>	Zitierfähige sonographische Publikationen der letzten 6 Jahre.	1.	2.	3.	4.	
Zitierfähige sonographische Publikationen der letzten 6 Jahre.	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
4.	Organisation und/oder Teilnahme an mindestens 2 DEGUM Ultraschall-Kursen als Referent/Tutor in den vergangenen 6 Jahren. <i>! Kursflyer oder Teilnahmebescheinigungen in Kopie beifügen.</i>						
5.	Intern ausgebildete Fachärzte? <i>! Bitte Liste mit Namen und Fachabteilung beifügen.</i> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
6.	Teilnahme an mindestens 3 Sektionstreffen in den vergangenen 6 Jahren. <i>! Teilnahmebescheinigungen in Kopie beifügen.</i>						



Name Vorname Titel

geprüft
Geschäftsstelle

7. Aktuelle Geräteausstattung	1.	
	2.	
	3.	
Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie? Analog/KIS/PACS/Sono-Dokumentationssystem/Sonstiges? (Welches Programm?)		

8. Bitte überweisen Sie die Bearbeitungsgebühr von 50 € unter dem Verwendungszweck: <i>Name, Rezertifizierung Stufe III, CHI</i>	Geldinstitut Postbank Stuttgart Empfänger DEGUM e.V. IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07 BIC PBNKDEFF	
---	---	--

Ort Datum

Unterschrift
