

DEGUM Geschäftsstelle
Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Antragsteller*in
Krankenhaus
PLZ Ort
Telefon
E-Mail

Bitte reichen Sie diesen Antrag mit den erforderlichen Unterlagen und Nachweisen ein.
Übermittlung gerne als PDF per E-Mail an: zertifizierung@degum.de

geprüft
Geschäftsstelle

1.	Jetzige Abteilungs-Zertifizierung	gültig bis					
2.	Verantwortliche/r DEGUM Ausbilder*in Stufe II oder Kursleiter*in Stufe III, auf den die Zertifizierung ausgestellt ist.	<table border="1"> <tr> <td>Name</td> </tr> <tr> <td>Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)</td> </tr> <tr> <td>Persönliche DEGUM Stufe</td> </tr> <tr> <td>Persönliche DEGUM Zertifizierung gültig bis</td> </tr> </table>	Name	Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)	Persönliche DEGUM Stufe	Persönliche DEGUM Zertifizierung gültig bis	
Name							
Stellung in der Abteilung (OA/CA/...)							
Persönliche DEGUM Stufe							
Persönliche DEGUM Zertifizierung gültig bis							
	<p><i>Der/Die DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in ist für die Ausbildung in ihrem Hause persönlich verantwortlich. Sobald er/sie aus der Abteilung ausscheidet, erlischt die Abteilungszertifizierung.</i></p>						
3.	<p>Nachweis eines Ultraschall-Ausbildungscurriculums. Das beim Erstantrag beschriebene Ausbildungscurriculum wird in unserer Abteilung weiterhin umgesetzt. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>						
	<p>Eventuelle Veränderungen unter Berücksichtigung folgender Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ultraschalluntersuchungen pro Jahr/Abteilung ▶ Untersuchungsplätze ▶ Anzahl DEGUM Stufe I Untersucher ▶ Ausbildungskonzept ▶ Rotation ▶ Anderes <p><i>! Bitte eine kurze Beschreibung der Veränderungen.</i></p>						

Antragsteller*in

geprüft
 Geschäftsstelle

4.	Stellungnahme des Assistentensprechers/der Assistentensprecherin zur Ultraschallweiterbildung: <i>Das beschriebene Ausbildungscurriculum wird praktisch bei uns umgesetzt. Für Rückfragen stehe ich der Sektionsleitung gerne zur Verfügung.</i>	Name	
		Telefon	
		Email	
		Ort Datum	
		Unterschrift	

5.	Liste der in den vergangenen 3 Jahren ausgebildeten Assistenzärzte:	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
		6.	
		7.	
		8.	
		9.	
		10.	

6.	Aktuelle Geräteausstattung (mit Anschaffungsjahr)	1.	
		2.	
		3.	
	Welche Dokumentations- möglichkeiten nutzen Sie?		

Antragsteller*in

geprüft
Geschäftsstelle

7.	Die Bearbeitungsgebühr beträgt 150€. Die Zahlungsaufforderung wird an die Krankenhausverwaltung geschickt.	
----	---	--

Ort Datum

Ort Datum

Unterschrift Antragsteller*in

Unterschrift verantwortliche/r DEGUM Ausbilder*in/Kursleiter*in

Stempel

Stempel
