

Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe I der Sektion Innere Medizin

Ultraschalldiagnostik Abdomen und Retroperitoneum Stand 11/2018



DEGUM e.V.
Geschäftsstelle Bonn
Ermekeilstraße 1
53113 Bonn

Anfragen zur Zertifizierung:
Frau Karin Alef
E-Mail: karin.alef@degum.de
Telefon: +49 (0) 228 2808 778

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

2	DEGUM-Mitgliedsnummer: Mitglied seit: Bitte beachten Sie, dass die DEGUM-Mitgliedschaft Voraussetzung für die Zertifizierung ist. (Mitgliedschaftsantrag unter: www.degum.de/service/downloads) Die Zertifizierung ist 6 Jahre gültig. Vor Ablauf muss ein Rezertifizierungsantrag gestellt werden.
---	---

	Eintrag DEGUM
<u>Für die Punkte 3, 4, 5 und 7 bitte Belege / Bescheinigungen beifügen!</u>	
3 CA-Bescheinigung über laufende Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin oder Facharzturkunde Innere Medizin oder Allgemeinmedizin	
4 CA-Bescheinigung über aktive Ultraschalldiagnostik in Innerer Medizin a. ganztägig mindestens 6 Monate oder b. begleitend mindestens 24 Monate <u>und</u> über mindestens 800 eigenständig durchgeführte Sonographien (400 eigene Untersuchungen pro Jahr (im Durchschnitt) in den 2 Jahren vor Antragstellung) <u>Befunde bitte nur einreichen, wenn die Sektion diese anfordert.</u>	

	Name, Vorname	
5	Teilnahmebescheinigungen mit DEGUM-Plakette (mind. folgende Kurse des DEGUM-Kurssystems Abdomen): <ul style="list-style-type: none"> - Grundkurs - Aufbaukurs <u>Alternativ</u> wird der Nachweis von Tutoren- oder Referententätigkeit in DEGUM-zertifizierten Grund- und Aufbaukursen anerkannt (Bescheinigungen der jeweiligen Kursleiter)	
6	Aktuelle Geräteausstattung und Dokumentationsmöglichkeiten	
7	Schriftliche Bürgschaft von einem DEGUM- Ausbilder (Stufe II) oder DEGUM-Kursleiter (Stufe III) der Sektion Innere Medizin Name des Bürgen:.....	
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, Stufe I Innere Medizin	

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

.....

.....

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: karin.alef@degum.de	