

DEGUM Geschäftsstelle  
Büro Bonn  
z. Hd. Frau Iris Lankers  
Ermekeilstr. 1  
53113 Bonn

**Antrag auf Rezertifizierung  
DEGUM Stufe II  
Sektion Innere Medizin**

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname, Titel*

\_\_\_\_\_  
*Straße, Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ, Ort*

\_\_\_\_\_  
*Telefon privat*

\_\_\_\_\_  
*Telefon beruflich*

\_\_\_\_\_  
*E-Mail*

\_\_\_\_\_  
*Stellung in der Klinik/niedergelassen seit*

	<i>Grau hinterlegte Felder werden von der Geschäftsstelle ausgefüllt.</i>
<p>1. Es wurden <u>jährlich</u> eigenverantwortlich mindestens 800 Sonographien durchgeführt.</p> <p>Durchschnittliche Anzahl pro Jahr: .....</p> <p>(Befunde und Bilddokumentationen sind auf Verlangen der Sektion vorzulegen.)</p> <p><b>! Bitte Chefarztbestätigung beilegen.</b></p>	

<p>2. Nachweis über 108 CME-äquivalente Punkte aus den vergangenen 6 Jahren (durchschnittlich 18 pro Jahr) durch Teilnahme an spezifisch sonographischen Fortbildungsveranstaltungen / Kongressen. Maximal 7 Punkte pro Jahr können auf Online-Fortbildungen entfallen. <i>! Teilnahmebescheinigungen bitte in Kopie beifügen.</i></p>	
<p>3. Aktuelle Geräteausstattung</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p> <p>Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?</p> <p>.....</p>	
<p>4. Teilnahme an mindestens einem Dreiländertreffen innerhalb von sechs Jahren vor der Rezertifizierung. <i>! Bitte Teilnahmebescheinigung in Kopie beifügen.</i></p>	
<p>5. Vorlage einer Kurzpräsentation / Kasuistik mit eigenem Bildmaterial. <i>! Bitte als Powerpoint Präsentation o.ä. beifügen.</i></p>	
<p>6. Die Bearbeitungsgebühr von 50€ bitte überweisen. DEGUM e.V. - Postbank Stuttgart <b>IBAN DE55 6001 0070 0177 2227 07</b>, BIC PBNKDEFF Verwendungszweck: <i>Name, Rezertifizierung Stufe II, Sektion Innere Medizin</i></p>	

INN Rezert Stufe II, 10/2019

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift