

DEGUM e.V.
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.	Name	
		Persönliche DEGUM Stufe	
		Persönliche DEGUM Zertifizierung gültig bis	
	<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>		
3.	<u>Detaillierte Informationen über Änderungen</u> der Ultraschallausbildung gegenüber dem Erstantrag: ▶ Ärztlicher Personalschlüssel ▶ Patientenzahlen ▶ Untersuchungszahlen ▶ Anderes <i>! Bitte eine kurze Beschreibung der Veränderungen.</i>		
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	

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
