

Antrag auf Anerkennung der DEGUM-Stufe 1 (Radiologie; B-Bild Sonographie Abdomen und Retroperitoneum einschließlich Doppler-Sonographie und anderer Ultraschallverfahren zur Diagnostik abdomineller Gefäße)

Name: Vorname:

Titel: Geburtsdatum:

Stellung in der Klinik / niedergelassen seit:

Anschrift:

.....

Tel. (Praxis/Klinik): privat:

email: Erst-Antrag: ja / nein Antrag auf Verlängerung: ja / nein
(bei ja: Punkte 1-3, 6 und 7 entfallen)

Antrag bitte an die **DEGUM-Geschäftsstelle**, Ermekeilstr. 1, 53113 Bonn

Eingang am:

| Bitte entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen diesem Antrag beilegen! | <i>geprüft Geschäftsstelle</i> |
|--|------------------------------------|
| 1. Abgeschlossene Weiterbildung im Fach Radiologie seit: (Kopie FA-Urkunde) | |
| 2. Aktive Tätigkeit in der Ultraschalldiagnostik des eigenen Fachgebietes: a) ganztägig nur Ultraschall: von bis (mind. 6 Monate) b) alternativ regelmäßige begleitende Tätigkeit in der Sonographie (mind. 24 Monate): von bis | |
| 3. Mindestens 800 eigenverantwortlich durchgeführte Ultraschalluntersuchungen: Anzahl: Klinik/Praxis: Befunde einschließlich Bilddokumentation sind auf Verlangen vorzulegen. | |
| 4. Werden selbständig jährlich mindestens 400 Sonographien durchgeführt: Anzahl/Jahr: | |
| 5. Aktuelle Geräteausstattung (minimale Gerätequalifikation Stufe 1 akt. DEGUM-Geräteliste): 1) 2) Aktuelle Dokumentationsmöglichkeiten: | |
| 6. Mitgliedschaft in der DEGUM: Mitglied seit: Mitglieds-Nr.: | |
| 7. Bürgschaft von 1 DEGUM-Stufe 3- od. Stufe 2-Untersucher (Empfehlungsschreiben beilegen): Name, Anschrift: | |
| 8. Die Bearbeitungsgebühr von 50,- € bitte mit Einreichen dieses Antrags auf u.g. Konto überweisen: DEGUM-Konto-Nr.: 177 222 707 bei der Postbank Stuttgart (BLZ 600 100 70). | |
| 9. Bei Antrag auf Verlängerung zusätzlich: Wurden in den letzten 10 Jahren sonographische Fortbildungsveranstaltungen besucht, die zum Erwerb von 10 CME Punkten pro Jahr geführt haben und wenigstens 3x das Dreiländertreffen besucht? ja / nein (bitte Nachweise beilegen) | |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift