

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.</p> <p style="text-align: right;">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.	<p>Stellungnahme des Assistentensprechers/der Assistentensprecherin zur Ultraschallweiterbildung:</p> <p><i>Das beschriebene Ausbildungscurriculum wird praktisch bei uns umgesetzt. Für Rückfragen stehe ich der Sektionsleitung gerne zur Verfügung.</i></p>	<p>Name</p> <p>Telefon</p> <p>Email</p> <p>Ort Datum</p> <p>Unterschrift</p>	
5.	<p>Liste der in den vergangenen 3 Jahren ausgebildeten Assistenzärzte:</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>6.</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p>	
6.	<p>Aktuelle Geräteausstattung (mit Anschaffungsjahr)</p> <p>Welche Dokumentationsmöglichkeiten nutzen Sie?</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>	

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
