

Hinweise:

- Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Ihr Antrag für die DeGIR-/DGNR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG, der DeGIR und der DGNR sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als PDF an: zertifizierung@drg.de

Antrag für die DeGIR-/DGNR-Zertifizierung Stufe 1

☐ Stufe-1-Zertifikat der DeGIR oder ☐ Stufe-1-Zertifikat der DeGIR/DGNR
Abhängig von der DGNR-Mitgliedschaft

Antragsteller:in

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Dienstanschrift

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

☐ Assistenzarzt vorr. bis _____ (Datum) Bestätigung über Anlage 1 zum Antrag!☐ Facharzt ☐ Oberarzt ☐ Chefarzt ☐ _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift (optional): _____

Facharztanerkennung am _____
(Kopie beifügen)

intern: ☐ liegt vor

Zum Nachweis der Ausbildung in Interventioneller Radiologie (IR) bzw. Interventioneller Neuroradiologie (INR) bitte Anlage 1 zum Antrag ausfüllen!

intern: ☐ liegt vor

Nachweis von mindestens 16 Unterrichtseinheiten (UE) von jeweils 45 Minuten aus dem auf der Lernplattform conrad on demand verfügbaren DeGIR-Zertifizierungskurs Stufe 1 (<https://academy.mevis.de/drg/courses/2617/>).
(Kopie Teilnahmebescheinigung beifügen)

intern: ☐ liegt vor

Bearbeitungsgebühr: Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags der Stufe 1 wird eine Bearbeitungsgebühr von 100 Euro (zzgl. MwSt.) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DeGIR/DGNR weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: <https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

☐ Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der DeGIR-Homepage als Stufe-1-Zertifikatsinhaber:in genannt zu werden (Titel, Vorname, Name, Klinik/ Abteilung bzw. Praxis, Klinik- bzw. Praxisort). (Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: zertifizierung@drg.de widerrufen.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Stufe 1 – Anlage 1
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestätigung der Chefärztin bzw. des Chefarztes, dass Herr / Frau _____

☐ sich in der Facharztausbildung bis zum _____ (Datum) befindet.

Folgende Kenntnisse und Fertigkeiten wurden während der Ausbildung in Interventioneller Radiologie (IR) bzw. in Interventioneller Neuroradiologie (INR) erworben hat:

- ☐ Durchführung der gemäß aktuell gültiger Weiterbildungsordnung (WBO) erforderlichen Interventionen
- ☐ Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse bezüglich der radiologischen Anatomie der Körperregionen, die in der IR bzw. INR eine Rolle spielen
- ☐ Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse der klinischen, pathologischen und pathophysiologischen Grundlagen der Erkrankungen, die mittels IR bzw. INR diagnostiziert und therapiert werden
- ☐ Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich Technik, Indikationen, Kontraindikationen und Ergebnisse aller bildgebenden Verfahren, die im Rahmen der IR bzw. INR eine diagnostische Rolle spielen
- ☐ Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse bezüglich der erforderlichen Materialien, Kontrastmittel und Medikamente, die in der IR bzw. INR zur Anwendung kommen
- ☐ Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten in Sedations- und Analgesie-Verfahren, die in der IR bzw. INR verwendet werden
- ☐ Teilnahme an klinisch-radiologischen Konferenzen, in denen IR- bzw. INR-Fälle diskutiert werden

Weitere relevante Kenntnisse und Fertigkeiten:

Name

Ort, Datum

Unterschrift

Klinikstempel