

Hinweise:

- Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-2-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als PDF an: zertifizierung@drg.de

Antrag auf Anerkennung als „DeGIR-Spezialist:in für minimal-invasive Schmerztherapie“

Ich habe die folgende Stufe-2-Zertifizierung bereits erworben:

☐

Module A-D

☐

Modul C

☐

Module E oder F

Intern: ☐ liegt vor

Antragsteller:in

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift (optional): _____

Zertifizierungsgebühr

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird eine Gebühr von 200 Euro (zzgl. MwSt.) erhoben. Die Zertifizierungsgebühr 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 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 Homepage <https://radiologie-finden.de/> genannt zu werden (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Titel, Vorname, Name, Klinik- bzw. Praxisort). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: zertifizierung@drg.de widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Bescheinigung über die selbstständig durchgeführten Interventionen und Nachweis über ausführliche Kenntnisse und Fertigkeiten

Folgende Mindestzahlen müssen nachgewiesen werden:

- 100 selbstständig durchgeführte interventionell-radiologische schmerztherapeutische Eingriffe aus den letzten 60 Monaten vor Antragstellung, dazu gehörten unter anderem: Bildgestützt durchgeführte Facettengelenk- und Iliosakralgelenkstherapien der zervikalen, thorakalen, lumbalen und sakralen Wirbelsäule – Periradikuläre Nervenwurzeltherapien (PRT) aller Abschnitte der Wirbelsäule – Periphere Nervenblockaden – Ganglionblockaden im kranialen, thorakalen und abdominalen Bereich – Gelenkarterienembolisationen – Ablative Verfahren im Rahmen der interventionellen Schmerztherapie.

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr

in den zurückliegenden 60 Monaten die folgende Zahl von radiologischen Interventionen selbstständig durchgeführt hat:

_____ Interventionen

Name radiologische:r Chefärzt:in / Weiterbildungermächtige Person / Praxisleitung

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift