



Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung Q2 CEUS Radiologie LEBER

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drg.de

ANGABEN ANTRAGSTELLER:IN

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

DRG-Mitglieds-Nr.: _____

Facharzt/-ärztin/Oberarzt/-ärztin Chefarzt/-ärztin/Institutsleiter/-in _____

Mitgliedschaft: DRG AG Ultraschall Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____



NACHWEISE:

I. **Kopie Zertifikat über die Zusatzqualifizierung CEUS Radiologie (Q1) der AG Ultraschall in der DRG**

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

II. **Kopie Urkunde Fachärztin/Facharzt für Radiologie**

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

III. **Kopie Teilnahmebescheinigung Q2-Kurs CEUS Radiologie LEBER:**

Von der AG Ultraschall zertifizierter interaktiver **Q2-Kurs CEUS Radiologie LEBER**, der bei Antragstellung nicht länger als 60 Monate zurückliegt

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

IV. **Nachweis über 50 selbstständig durchgeführte CEUS-Untersuchungen der Leber** aus den letzten 60 Monaten vor der Antragstellung. Bitte **Formblatt der Anlage 1** ausgefüllt einreichen

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigelegt.

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird eine Gebühr in Höhe von 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Antrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b für die Zusatzqualifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DRG weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen:

<https://www.drq.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@drq.de widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in



Bescheinigung
über selbstständig durchgeführte CEUS-Untersuchungen der Leber

Wir bestätigen, dass Frau/Herr _____

in unserer Einrichtung _____

in der Zeit vom _____ bis _____

_____ CEUS-Untersuchungen der Leber durchgeführt hat.

Name Chefarzt/-ärztin, Einrichtungsleiter/-in, Weiterbildungsermächtigte/-r

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift