



Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifikation Q1 CEUS Radiologie

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drq.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 Teilnahmebescheinigung Q1-Kurs:**

Von der AG Ultraschall zertifizierter interaktiver **Q1-Kurs CEUS Radiologie**, der bei Antragstellung nicht länger als 60 Monate zurückliegt.

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

II. **Nachweis über 30 selbstständig durchgeführte CEUS-Untersuchungen**

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 100,00 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 Zusatzqualifikation 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.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung der Zusatzqualifikation auf der Homepage der AG Ultraschall als Q1-Zertifikatsinhaber:in genannt zu werden (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Titel, Vorname, Name, Klinik- bzw. Praxisort).

Ihre Zustimmung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen (per E-Mail: zertifizierung@drg.de).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in



Bescheinigung
über selbstständig durchgeführte CEUS-Untersuchungen

Wir bestätigen, dass Frau/Herr _____

in unserer Einrichtung _____

in der Zeit vom _____ bis _____

_____ CEUS-Untersuchungen durchgeführt hat.

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

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift