AG Herz- und Gefäßdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

# Antrag auf Erlangung der Qualifizierungsstufe Q1

☐ **Herz-CT** ☐ **Herz-MRT**

**im Rahmen der "Zusatzqualifizierung Kardiovaskuläre Radiologie" der AG Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG**

**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 Herz- und Gefäßdiagnostik

Geschäftsstelle: ☐ geprüft

Die Mitgliedschaft in der DRG und der AG Herz- und Gefäßdiagnostik ist Voraussetzung für die Zertifizierung.

**Dienstanschrift:**

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

**Privatanschrift:**

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

AG Herz- und Gefäßdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

**NACHWEISE:**

**I. Mindestens 8 CME-Punkte* aus einem von der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG zertifizierten Q1-Kurs zur kardialen CT und/oder MRT.**

* 1 CME Punkt kann durch eine Unterrichtseinheit von 45 Minuten ersetzt werden. Bitte Teilnahmebescheinigung in Kopie einreichen.

intern: □ liegt vor

**II. Kontrollierte Befundung von mindestens 30 kardialen CT- und/oder MRT-Untersuchungen**

☐ Die Befundung erfolgte mit Hilfe der Online-Fallsammlung der AG Herz- und Gefäßdiagnostik (bitte Nachweis beifügen).

☐ Die Befundung erfolgte anderweitig unter Anleitung einer Radiologin bzw. eines Radiologen mit Q2- oder Q3-Status.
Für den Nachweis füllen Sie bitte die Anlage 1 zum Antrag aus.

☐ Nachweis durch Dokumentation im European Cardiac MR/CT Registry (https://www.mrct-registry.org/)

intern: □ liegt vor

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

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.

Mir ist bewusst, dass die von mir eingereichten Antragsunterlagen zur Bearbeitung an Gutachterinnen und Gutachter der DRG weitergeleitet werden. Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten E-Mail- Anhangs zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit per E-Mail an zertifzierung@drg.de widerrufen.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

# Nachweis über kontrollierte Befundung

Bei Chefärztinnen und Chefärzten oder Praxisinhaberinnen und -inhabern werden Selbstbescheinigungen akzeptiert.

Wir bestätigen, dass Frau/Herr _____

die kontrollierte Befundung von mindestens 30 Herz-CT- und/oder Herz-MRT-

Untersuchungen in unserer Einrichtung _____

durchgeführt hat.

_____

Titel, Vorname, Name
(CT- und/oder MRT-Q2- oder -Q3-zertifizierte Radiologin bzw. Radiologe)