



Antrag auf Rezertifizierung als DRG-Zentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung

im Rahmen des Zertifizierungssystems der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der
Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

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

I. ANTRAGSTELLER/-IN (Radiologische/-r Leiter/-in des Zentrums)

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Mitgliedschaft DRG AG Herz- und Gefäßdiagnostik

Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

II. NACHWEISE

a) Untersuchungszahlen

Relevant sind die dokumentierten Zahlen aus einem 12-monatigen Zeitraum, der bei Antragstellung nicht länger als 24 Monate zurückliegt. Durchführung von mindestens 300 kardiovaskulären Untersuchungen (CT und MRT) pro Jahr, wobei pro Modalität mindestens 50 kardiovaskuläre Untersuchungen durchgeführt werden müssen.



Nachweis aus dem MR/CT-Registry der ESCR (www.mrct-registry.org) oder durch Bescheinigung des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten (Anlage 1) aus dem relevanten Zeitraum bitte beifügen.

Geschäftsstelle: liegt vor

b) Personelle Ausstattung

Der/die Antragsteller/in verfügt über die Q2-Zertifizierung Herz-CT und Herz-MRT

Geschäftsstelle: geprüft

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Nachzuweisen ist eine Zusammenarbeit mit mindestens zwei klinischen Partnern, darunter mindestens ein Partner aus einer kardiovaskulären Fachdisziplin.

Bitte geben Sie einen Kooperationspartner aus einer kardiovaskulären Fachdisziplin an:

Kardiologie Herzchirurgie Kinderkardiologie Gefäßchirurgie Angiologie

Klinik/Praxis: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Bitte geben Sie einen weiteren Kooperationspartner an:

Kardiologie Herzchirurgie Kinderkardiologie Gefäßchirurgie Angiologie
Nuklearmedizin Innere Medizin Allgemeinmedizin

Klinik/Praxis: _____

Straße: _____



PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rezertifizierung als DRG-Zentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung befristet auf 5 Jahre erfolgt. Frühestens 6 Monate vor Ablauf dieser Frist kann bei der Geschäftsstelle der DRG eine Rezertifizierung für weitere 5 Jahre beantragt werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Rezertifizierung als Zentrum im Rahmen der bis zum 31.12.2023 befristeten Zertifizierungsoffensive der DRG eine reduzierte Gebühr in Höhe von 125,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben wird. Die Gebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Zentrumszertifizierung 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, dass das Zentrum nach erfolgter Rezertifizierung auf der Homepage der AG Herz- und Gefäßdiagnostik als Zentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung genannt wird (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Straße, PLZ, Ort).

Ort und Datum

Klinikstempel, Unterschrift Antragsteller/-in



Antrag auf Rezertifizierung als DRG-Zentrum Kardiovaskuläre Radiologie – Anlage 1

Bescheinigung über selbstständig geleitete/durchgeführte kardiale CT- und MRT-Untersuchungen

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

Wir bestätigen die Durchführung der folgenden kardiovaskulären Untersuchungen in unserer Einrichtung:

Dokumentierter Zeitraum (MM/JJJJ – MM/JJJJ):	
Gesamtzahl aller Untersuchungen:	
– davon Zahl der CT-Untersuchungen:	
– davon Zahl der MRT-Untersuchungen:	

Name des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungermächtigten

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift