



## Antrag auf Erlangung der Qualifizierungsstufe Q2

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 sowie die ausgefüllte Excel-Tabelle für Anlage 1 als gesonderte Datei an: [zertifizierung@drg.de](mailto: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

### Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_      Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_      Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_      Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_      Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_



## NACHWEISE:

Facharzt/-ärztin für Radiologie (Zeugniskopie beifügen)

intern:  liegt vor

Aktuelle Fachkunde CT (Kopie beifügen, nur bei Herz-CT-Antrag)

intern:  liegt vor

Q1-Status Herz-CT und/oder Herz-MRT (Zertifikatskopie beifügen)

intern:  liegt vor

**Für den Nachweis von Fortbildungsveranstaltungen bzw. Publikationen bitte**

**Anlage 1 ausfüllen** und als Excel-Datei den Antragsunterlagen beifügen!

intern:  liegt vor

## Untersuchungszahlen:

**Es sind nur Untersuchungen anzugeben, die in den letzten 60 Monaten vor Antragstellung durchgeführt wurden.**

**CT:** Softwaregestützte Nachverarbeitung (Funktionsanalyse, Koronarkalkbestimmung) und Befundung von 150 kardialen CT-Untersuchungen, (davon bis zu 50 Fälle aus Fallsammlungen); Planung und Supervision von mindestens 50 kardialen CT-Untersuchungen.

**MRT:** Softwaregestützte Nachverarbeitung (globale und regionale Funktionsanalyse, Flussmessungen, ggf. Perfusionsauswertungen) und Befundung von mindestens 250 kardialen MRT-Untersuchungen, (davon bis zu 50 Fälle aus Fallsammlungen); Planung und Supervision von mindestens 100 kardialen MRT-Untersuchungen.

Ich bin im European Cardiac MR/CT Registry (<https://www.mrct-registry.org/>) registriert und habe diesem Antrag einen Nachweis über die Dokumentation der Untersuchungen im Register oder eine Bescheinigung des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten (Anlage 2) beigefügt.

intern:  liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigefügt. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich für die Q2-Zertifizierung pro Modalität (Herz-CT bzw. Herz-MRT) eine Prüfung ablegen muss.

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird im Rahmen der bis zum 31.12.2023 befristeten Zertifizierungsoffensive der DRG eine reduzierte Gebühr in Höhe von 100,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. pro Modalität (Herz-CT bzw. Herz-MRT) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragsingang 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 DRG 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 der AG Herz- und Gefäßdiagnostik als Q2-Zertifikatsinhaber/-in 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](mailto:zertifizierung@drq.de) widerrufen.)

Ort, Datum

Unterschrift



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

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

Wir bestätigen Frau/Herrn \_\_\_\_\_

- die softwaregestützte Nachverarbeitung und Befundung von \_\_\_\_\_ kardialen CT-Untersuchungen sowie die eigenständige Planung und Supervision von \_\_\_\_\_ kardialen CT-Untersuchungen.
- die softwaregestützte Nachverarbeitung und Befundung von \_\_\_\_\_ kardialen MRT-Untersuchungen sowie die eigenständige Planung und Supervision von \_\_\_\_\_ kardialen MRT-Untersuchungen.
- Alle hier bestätigten Untersuchungen wurden in den letzten 60 Monaten vor Antragstellung durchgeführt.

---

Name radiologischer Chefarzt / Einrichtungsleiter / Weiterbildungsermächtigter

---

Ort, Datum

---

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift