



## Antrag auf Erlangung der Qualifizierungsstufe Q3

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@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.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 seit mindestens 2 Jahren (Zeugniskopie beifügen) intern:  liegt vor

Aktuelle Fachkunde CT (Kopie beifügen, nur bei Herz-CT-Antrag) intern:  liegt vor

Q2-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:** Planung, Supervision, softwaregestützte Auswertung und Befundung von mindestens 300 kardialen CT-Untersuchungen (davon mind. 100 in den letzten 24 Monaten vor der Antragstellung).

**MRT:** Planung, Supervision, softwaregestützte Auswertung und Befundung von mindestens 400 kardialen MRT-Untersuchungen, (davon mind. 100 in den letzten 24 Monaten vor der Antragstellung).

Dokumentation der Untersuchungen im European Cardiac MR/CT Register oder durch Bescheinigung des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten (Anlage 2) beigelegt.

intern:  liegt vor

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

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird im Rahmen der bis zum 31.12.2023 befristeten Zertifizierungsoffensive der DRG eine reduzierte Gebühr in Höhe von 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. pro Modalität (Herz-CT bzw. Herz-MRT) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang 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 Q3-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@drg.de](mailto:zertifizierung@drg.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 Planung, Supervision, softwaregestützte Auswertung und Befundung von mindestens \_\_\_\_\_ kardialen CT-Untersuchungen, davon \_\_\_\_\_ in den letzten 24 Monaten vor der Antragstellung.
- die Planung, Supervision, softwaregestützte Auswertung und Befundung von mindestens \_\_\_\_\_ kardialen MRT-Untersuchungen, davon \_\_\_\_\_ in den letzten 24 Monaten vor der Antragstellung.
- Alle hier bestätigten Untersuchungen wurden in den letzten 60 Monaten vor Antragstellung durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Name des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift