

## Antrag auf Erlangung der Q2-Zusatzqualifizierung Thoraxdiagnostik

### Hinweise:

- Ihr Antrag für die Zusatzqualifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der AG Thoraxdiagnostik sind.
- Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen in der korrekten Reihenfolge als eine PDF-Datei an: [zertifizierung@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.de)

### ANGABEN ANTRAGSTELLER:IN

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin/Oberarzt/-ärztin      Chefarzt/-ärztin/Institutsleiter/-in

\_\_\_\_\_

DRG-Mitglied

AG Thoraxdiagnostik-Mitglied

intern:  geprüft

### Dienstanschrift

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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



## NACHWEISE:

**Facharztanerkennung für Radiologie** (Zeugniskopie beifügen)

intern:  Kopie liegt vor

**Fortbildungen** (nicht älter als 60 Monate vor Antragsstellung)

Nachweis von 16 CME-Punkten bzw. 16 Unterrichtseinheiten aus Masterkursen Thoraxdiagnostik, die von Kooperationspartnern der DRG durchgeführt werden.  
(Bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

intern:  Kopie liegt vor

**Untersuchungszahlen** (nicht älter als 24 Monate vor Antragstellung)

Nachweis von 200 selbstständig durchgeführte Untersuchungen sowie 50 HRCT der Lunge (Bitte Anlage 1 verwenden)

intern:  Kopie liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigefügt. Die reguläre Zertifizierungsgebühr beträgt 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. Die Gebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

**Datenschutzhinweis:** Die Angaben in diesem Antrag 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://drq.de/datenschutz/>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der Homepage <https://radiologie-finden.de/> 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 Antragsteller:in



**Anlage 1**  
**Q2-Zusatzqualifizierung Thoraxdiagnostik**

**Bescheinigung**  
**über selbstständig befundete und dokumentierte**  
**Thorax-Untersuchungen**

Wir bestätigen Frau/Herrn \_\_\_\_\_, dass sie/er in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung insgesamt \_\_\_\_\_ selbstständig befundete und dokumentierte Thoraxuntersuchungen sowie \_\_\_\_\_ HRCT der Lunge durchgeführt hat.

\_\_\_\_\_  
Name radiologische:r Cheförztn/-arzt / Einrichtungsleitung / Weiterbildungsermächtigte:r

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

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