



**Hinweise:**

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

## **Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung Abdominelle Radiologie Q2 – Modul Leber**

### **ANGABEN ANTRAGSTELLER:IN**

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

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

\_\_\_\_\_

DRG-Mitglied      DRG-Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

AG-Abdomen-Mitglied

intern: ☐ geprüft

### **Dienstanschrift**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

### **Privatanschrift**

PLZ/Ort/Straße: \_\_\_\_\_

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



**NACHWEISE** (bei Antragstellung nicht länger als 60 Monate):

**1. Facharztanerkennung Radiologie**

intern: ☐ liegt vor

**2. Q1-Zusatzqualifizierung Abdominelle Radiologie**

Übergangsregelung bis 31.12.2026 ohne Q1-Zusatzqualifizierung

intern: ☐ liegt vor

**3. Teilnahme „Masterkurs Abdominelle Radiologie“ für das Modul Leber**

8 UE von je 45 Minuten, durchgeführt von Kooperationspartnern der DRG

Teilnahmebescheinigung beifügen

intern: ☐ liegt vor

**4. Bestätigung der Untersuchungszahlen** (Anlage 1)

300 selbstständig durchgeführte abdominelle leberspezifische Untersuchungen

(max. 75 Fälle aus dem Masterkurs Leber)

intern: ☐ liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigelegt. Für die Bearbeitung des Antrags wird eine Gebühr in Höhe von 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. 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



## **Zusatzqualifizierung AG Abdomen – Anlage 1**

### **Bestätigung**

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

Wir bestätigen, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_,  
in den letzten 60 Monaten vor Antragstellung \_\_\_\_\_ abdominale **leberspezifische**  
Untersuchungen selbstständig durchgeführt hat.

Die Untersuchungszahlen müssen im Rahmen von stichprobenhaft durchgeführten  
Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anfrage durch RIS-Auszüge oder anonymisierte  
Befunde belegt werden können.

---

Name radiologische:r Chefärztin/-arzt / Einrichtungsleitung / Weiterbildungsermächtigte:r

---

Ort, Datum

---

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift