



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

**Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung
Abdominelle Radiologie Q2**

Beantragt wird die Q2-Zertifizierung für die Module:

Leber

Pankreas

Kolorektum

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 älter als 60 Monate):

1. Facharztanerkennung Radiologie

intern: ☐ liegt vor

2. Q1-Zusatzqualifizierung Abdominelle Radiologie

Übergangsregelung bis 30.06.2027 ohne Q1-Zusatzqualifizierung

intern: ☐ liegt vor

3. Nachweis von Fortbildungskursen

Modul Leber: Teilnahme „Masterkurs Abdominelle Radiologie“

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

Teilnahmebescheinigung beifügen

intern: ☐ liegt vor

Modul Pankreas: Teilnahme „Masterkurs Abdominelle Radiologie“

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

Teilnahmebescheinigung beifügen

intern: ☐ liegt vor

Modul Kolorektum: Teilnahme „Masterkurs Abdominelle Radiologie“

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

Teilnahmebescheinigung beifügen

intern: ☐ liegt vor

4. Bestätigung der Untersuchungszahlen (Anlage 1)

Modul Leber: 300 selbstständig durchgeführte abdominelle leberspezifische Untersuchungen

(max. 75 Fälle aus dem Masterkurs Leber)

intern: ☐ liegt vor

Modul Pankreas: 300 selbstständig durchgeführte abdominelle pankreasspezifische Untersuchungen

(max. 75 Fälle aus dem Masterkurs Pankreas)

intern: ☐ liegt vor

Modul Kolorektum: 75 selbstständig durchgeführte Rektum-MRTs

(max. 50 Fälle aus dem Masterkurs Kolorektum)

intern: ☐ liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigefügt. Für die Bearbeitung des Antrags wird eine Grundgebühr in Höhe von 200,00 Euro und pro beantragtem Modul je 50,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Wird zu einem späteren Zeitpunkt die Zertifizierung für ein weiteres Modul beantragt wird die Grundgebühr nicht erneut erhoben, sondern lediglich die Modulgebühr in Rechnung gestellt. 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://drg.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@drg.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

_____ abdominelle **leberspezifische** Untersuchungen

_____ abdominelle **pankreasspezifische** Untersuchungen

_____ **Rektum-MRTs**

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