AG Muskuloskelettale Radiologie
in der Deutschen Röntgengesellschaft

Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung Muskuloskelettale Radiologie Q1

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drg.de

ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER:IN

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

DRG-Mitglieds-Nr.: _____

☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung ☐ _____

Mitgliedschaft: ☐ DRG ☐ AG Muskuloskelettale Radiologie

intern: ☐ geprüft

Dienstanschrift

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

NACHWEISE:

I. CME-Punkte

Erwerb von mindestens 30 CME-Punkte innerhalb von maximal 60 Monaten vor Antragstellung auf dem Gebiet der muskuloskelettalen Radiologie, davon mindestens 10 CME-Punkte von Veranstaltungen der AG Muskuloskelettale Radiologie beim Deutschen Röntgenkongress, beim Intensivkurs Muskuloskelettale Radiologie (IMR) oder durch Kurse auf dem Akademie Online-Portal der DRG (siehe Erläuterungen im Dokument „Zusatzqualifizierung Muskuloskelettale Radiologie der AG Muskuloskelettale Radiologie in der DRG“ unter https://drg.de/fokusthemen/zertifizierung/ag-muskuloskelettale-radiologie/).

Aufstellung von Fortbildungsveranstaltungen:

Veranstalter	Titel	Datum	CME-Punkte

Bitte Teilnahmebescheinigungen in Kopie oder Auszug aus dem Punktekonto der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie oder der zuständigen Landesärztekammer einreichen.

intern: □ Kopien liegen vor

II. NACHWEISE (nicht älter als 60 Monate vor Antragsstellung)

Der Nachweis der Untersuchungszahlen und die Bestätigung der Facharztweiterbildung kann durch die Anlage 1 erfolgen. 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 Gebühr in Höhe von 100,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Die Bearbeitungsgebühr 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 Ihre 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.

Bei abgeschlossener Facharztausbildung und gewünschter Veröffentlichung im Portal reichen Sie bitte Ihre Facharztanerkennung für Radiologie in Kopie mit dem Antrag ein. intern: ☐ liegt vor

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Zusatzqualifizierung Q1 MSK-Radiologie – Anlage 1

Bescheinigung

über selbstständig geleitete/durchgeführte und befundete Untersuchungen/Interventionen des muskuloskelettalen Systems

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

Wir bestätigen Frau/Herrn _____,

☐ dass sie/er sich in der Facharztausbildung Radiologie befindet

☐ nicht zutreffend, da Facharztausbildung Radiologie abgeschlossen ist

und in den letzten 60 Monaten vor Antragstellung die folgenden Untersuchungen/Interventionen des muskuloskelettalen Systems selbstständig geleitet/durchgeführt und befundet hat:

Untersuchung	**Mindestzahl**	**Bescheinigte Zahl**	**Zeitraum (MM/JJJJ – MM/JJJJ)**
Radiographien	200		
MRTs	200		
CTs	200		

Die Untersuchungs-/Interventionszahlen 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