AG Thoraxdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

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@drg.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

☐ **Q1-Zertifikat Thoraxdiagnostik** intern: ☐ Kopie liegt vor

UND

☐ **Untersuchungszahlen** (nicht älter als 120 Monate vor Antragstellung)
Nachweis von 10.000 selbstständig durchgeführten Thorax-CT-Untersuchungen
(Bitte Anlage 2 verwenden)
intern: ☐ Kopie liegt vor

ODER

☐ **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

☐ **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

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://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

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 Thorax-CT-Untersuchungen sowie _____ HRCT der Lunge durchgeführt hat.

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

_____ _____
Ort, Datum Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift

AG Thoraxdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

Anlage 2
Q2-Zusatzqualifizierung Thoraxdiagnostik

Bescheinigung

über selbstständig befundete und dokumentierte Thorax-Untersuchungen

Wir bestätigen Frau/Herrn _____, dass sie/er in den letzten 120 Monaten vor Antragstellung insgesamt _____ selbstständig befundete und dokumentierte Thorax-CT-Untersuchungen durchgeführt hat.

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

_____ _____
Ort, Datum Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift