

Zusage der Stätte der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz zum Antrag auf Aufnahme in das Programm

Angaben zum Antragsteller*:

Frau

Herr

Titel

Vorname

Name

Geburtsstag

Geburtsort / Geburtsland (falls nicht Deutschland)

Position

E-Mail

Telefon (Festnetz / mobil)

Beantragte Module (mind. 2):

Modul 1: Fortgeschrittene Herzinsuffizienz, Herztransplantation und ventrikuläre Unterstützungssysteme

Modul 2: Device-Therapie für Patienten mit Herzinsuffizienz

Modul 3: Interventionelle Herzinsuffizienztherapie

Modul 4: Ambulante Versorgung / Rehabilitation / Psychokardiologie

Angaben zur Stätte der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz:

Name der Klinik / des Krankenhauses / der Praxis

Abteilung / Institut

Anschrift der Klinik / des Krankenhauses / der Praxis

PLZ und Ort

Bei der o. g. Stätte handelt es sich um ein/eine von der DGK zertifizierte/s

überregionales HFU-Zentrum

HFU-Schwerpunktklinik

HFU-Schwerpunktpraxis

Stätte der Zusatzqualifikation Spez. Rhythmologie / Aktive Herzrhythmusimplantate

Stätte der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie

Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt Herzinsuffizienz

Mit der Aufnahme des o. g. Kandidaten in das Programm der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz in der o. g. Klinik / dem o. g. Krankenhaus / der o. g. Praxis bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Stempel der Stätte und Unterschrift des ärztlichen Direktors der Kardiologie/des Praxisinhabers

Angaben zum (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation

Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz:

Frau

Herr

Titel

Vorname

Name

E-Mail

Telefon (Festnetz / mobil)

Als Leiter der Zusatzqualifikation verantworte ich die Durchführung des Curriculums und die abschließende Beurteilung der Kandidaten. Ich stelle sicher, dass die Kandidaten an den formalen Lerneinheiten und Kursen teilnehmen sowie in die Ausbildungs- und Forschungsaktivitäten der Abteilung eingebunden werden. Ebenfalls trage ich die Verantwortung für die Durchführung der geforderten Prozeduren und stelle sicher, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten. Mit der Aufnahme des o. g. Kandidaten in das Programm der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz in der o. g. Klinik / dem o. g. Krankenhaus / der o. g. Praxis bin ich einverstanden.

Ich versichere, dass ich in Vollzeit an der Stätte der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz* tätig bin und eine mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisen kann.



Bitte fügen Sie ein entsprechendes, von Ihrem Vorgesetzten, ggf. Ihrem Praxispartner, unterzeichnetes Bestätigungsschreiben bei.

Ich versichere, dass ich über die persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation **aller** für die von dem Antragsteller angestrebten Module verfüge. Datum der Anerkennung:

Ort, Datum

Unterschrift des Leiters der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*

Stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz:

Frau

Herr

Titel

Vorname

Name

E-Mail

Telefon (Festnetz / mobil)

Als stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vertrete und unterstütze ich den Leiter der Zusatzqualifikation in unserer Institution.

Ich versichere, dass ich in Vollzeit an der Stätte der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz* tätig bin und eine mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisen kann.



Bitte fügen Sie ein entsprechendes, von Ihrem Vorgesetzten, ggf. Ihrem Praxispartner, unterzeichnetes Bestätigungsschreiben bei.

Ich versichere, dass ich über die persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation für die von dem Antragsteller angestrebten Module verfüge. Datum der Anerkennung:

Ort, Datum

Unterschrift des stellv. Leiters der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz*