




**DGK.**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.


## Antrag auf Anerkennung als (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie

Dieser Antrag ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen





### Auskünfte zur beantragten (stellv.) Leitung der Qualifizierungsstätte

1.	Antragsteller	
a)	Anrede	Frau      Herr  ohne Anrede
b)	Titel / akad. Grad	
c)	Vorname, Nachname	
d)	Geburtstag	
e)	Geburtsort	
f)	Position	
g)	Name der Klinik/ des Krankenhauses	
h)	Abteilung/ Institut	
i)	Anschrift der Klinik/ des Krankenhauses	
j)	PLZ und Ort	
k)	E-Mail-Adresse	
l)	Telefon	
m)	Aktueller Lebenslauf	
n)	Wöchentliche Arbeitszeit	

Alle mit einem \* markierten Felder müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden.

An einem mit  gekennzeichneten Stelle sind zusätzliche Unterlagen einzureichen.

Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

o)	Antrag auf Anerkennung als	<p>Leiter</p> <p>Stellv. Leiter</p>
p)	*Die persönliche <i>Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie</i> wurde erworben	<p>Bereits erworben</p> <p>Antrag auf Erwerb ist bereits gestellt</p>
q)	<p>*Fachkunde im Strahlenschutz</p> <p>Bitte fügen Sie die Urkunde über die Fachkunde im Strahlenschutz (alle Strahlenschutzfachkunden mit Schwerpunkt Gefäßsystem des Herzens werden akzeptiert) sowie den Nachweis über den letzten Aktualisierungskurs bei, falls die Fachkunde älter als fünf Jahre sein sollte.</p>	
r)	<p>*Tätigkeit in der im Antrag genannten interventionellen Einheit</p> <p>Bitte fügen Sie einen Nachweis über die Tätigkeit in der im Antrag genannten interventionellen Einheit, für welche die Leitung der Zusatzqualifikation beantragt wird, bei.</p> <p><b>Nur für den Leiter:</b></p> <p>Darüber hinaus ist der Nachweis über die Verantwortung für die interventionelle Einheit erforderlich. Bitte lassen Sie sich diese durch den Chefarzt/geschäftsführenden ärztlichen Direktor der Kardiologie (falls nicht identisch mit Antragsteller) oder durch die Krankenhausverwaltung bestätigen.</p>	
s)	<p>*Tätigkeit auf dem Gebiet der interventionellen Kardiologie von mehr als fünf Jahren (MM/JJJJ):</p> <p>von:            bis:            Klinik:</p> <p>von:            bis:            Klinik:</p> <p>von:            bis:            Klinik:</p> <p>Bitte fügen Sie die Bestätigung durch die Einrichtung(en) bei.</p>	
t)	<p>Mindestzahlen</p> <p>*Durchführung von mind. 1000 koronaren Angioplastien (kumulativ auf Lebenszeit)</p> <p>Bitte fügen Sie den entsprechenden Nachweis in Form einer Bescheinigung, eines Zeugnisses oder durch Auszüge aus der Datenbank der elektronischen Herzkatheterdokumentation bei.</p>	

u)	<p>Hinweis:</p> <p>An der Stätte müssen mind. ein Leiter und mind. ein stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vollzeitig im thematischen Schwerpunkt des Curriculums tätig sein. Alternativ kann sowohl die Leitung als auch die stellv. Leitung der Zusatzqualifikation von mehreren Personen übernommen werden, die jeweils mind. 20 Stunden/Woche an der Stätte beschäftigt sein müssen (= max. 4 Personen).</p> <p>Die Leiter- und stellv. Leiterpositionen müssen jeweils mit einem Arbeitsumfang von min. 38,5 Stunden besetzt sein (gesamter Arbeitsumfang = min. 77 Std./Woche). Bei einer Teilung der (stellv.) Leitung soll darauf geachtet werden, dass sich die Arbeitszeiten der betreffenden Personen ergänzen, sodass die ganztägige Qualifizierung der Programmkandidaten gewährleistet ist.</p>	
----	--	--

Ich stimme dem obigen Antrag und den Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klinikleiter

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie* und erkläre mich mit folgenden Punkten einverstanden:

- ggf. Einsichtnahmen in die Originale eingereichter Unterlagen
- Zahlung der Gebühr entsprechend der aktuellen Gebührenübersicht vor Antragsbearbeitung:  
<https://curricula.dgk.org/ik/antragsverfahren/gebuehren/>
- kein Anspruch auf Rückzahlung bei Ablehnung des Antrags
- Versendung des Zertifikats auf dem Postweg
- Verpflichtung zur schriftlichen Meldung aller Änderungen der zertifizierungsrelevanten Parameter insbesondere den Weggang eines (stellv.) Leiters.  
Sollte der Leiter bzw. ein stellv. Leiter die Klinik verlassen, so ist dies der DGK seitens der Stätte unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Spätestens sechs Monate nach Weggang des (stellv.) Leiters muss ein neuer (stellv.) Leiter beantragt werden, andernfalls erlischt die Anerkennung der Stätte.
- Bestätigung der Kenntnissnahme der Datenschutzzinformation  
[https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE\\_B\\_VI](https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE_B_VI)
- Die wissenschaftliche Grundlage der Zertifizierung ist das *Curriculum Interventionelle Kardiologie* der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in *Der Kardiologe* 2012; 6:315–323 (DOI 10.1007/s12181-012-0433-8). Die konkreten Voraussetzungen für die Zertifizierung sind in dem jeweiligen aktuellen Antrag festgehalten, der als Zertifizierungsgrundlage gilt.

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. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle im Curriculum aufgeführten Anforderungen an den Leiter der Zusatzqualifikation erfülle. Ebenfalls trage ich die Verantwortung für die interventionelle Einheit und stelle sicher, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten.

Als stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vertrete und unterstütze ich den Leiter der Zusatzqualifikation in unserer Institution. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle im Curriculum aufgeführten Anforderungen an den stellv. Leiter der Zusatzqualifikation erfülle.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Klinikleiter