



**DGK.**

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

## Einverständnis der Stätte der Zusatzqualifikation

### Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen (ITaG)

Einverständniserklärung der Stätte*	
<b>Angaben zum Antragsteller</b>	
a)	Anrede Frau      Herr      ohne Anrede
b)	Titel
c)	Vorname, Nachname
d)	Geburtsdatum
e)	Beantragte(r) Teilbereich(e) alle Teilbereiche Aorta Dialyseshunt Extrakranielle hirnversorgende Gefäße Periphere Arterien und Beckenarterien Viszeral- und Nierenarterien
<b>Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen</b>	
a)	Name der Klinik / des Krankenhauses
b)	Abteilung / Institut
c)	Anschrift der Klinik / des Krankenhauses, PLZ und Ort

\*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

d)	erworbene Teilbereich(e) der Stätte	<p>alle Teilbereiche</p> <p>Aorta</p> <p>Dialyseshunts</p> <p>Extrakranielle hirnversorgende Gefäße</p> <p>Periphere Arterien und Beckenarterien</p> <p>Viszeral- und Nierenarterien</p>
e)	Datum der Anerkennung als Stätte der Zusatzqualifikation	
<p><b>Angaben zum Leiter der</b>  <b><i>Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßkrankungen</i></b></p>		
a)	Anrede	<p>Frau      Herr      ohne</p> <p style="text-align: right;">Anrede</p>
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
f)	Erworbene(r) Teilbereich(e)	<p>alle Teilbereiche</p> <p>Aorta</p> <p>Dialyseshunts</p> <p>Extrakranielle hirnversorgende Gefäße</p> <p>Periphere Arterien und Beckenarterien</p> <p>Viszeral- und Nierenarterien</p>

**Angaben zum stellv. Leiter der  
Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen**

a)	Anrede	Frau      Herr      ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
f)	Erworbene(r) Teilbereich(e)	<p style="text-align: center;">alle Teilbereiche Aorta Dialyseshunts Extrakranielle hirnversorgende Gefäße Periphere Arterien und Beckenarterien Viszeral- und Nierenarterien</p>

Mit der Aufnahme des oben genannten Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen* an der oben genannten Klinik bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO für Antragsteller in Zertifizierungsverfahren und Anerkennungsverfahren im Rahmen von Zusatzqualifikationen der DGK zur Kenntnis genommen zu haben.

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

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des (stellv.) Leiters der  
Zusatzqualifikation (ITaG)