

**Antrag auf Anerkennung als Leiter/stellv. Leiter  
der Zusatzqualifikation  
Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen**

**Dieser Antrag ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen und, nebst den geforderten Nachweisen und Belegen ausschließlich als PDF-Datei, an folgende E-Mail-Adresse zu senden: curriculum-itag@dgk.org**

Angaben zum Antragsteller\*:                      Frau                      Herr

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Familienname

\_\_\_\_\_

Geburtstag

\_\_\_\_\_

Geburtsort

\_\_\_\_\_

Position

\_\_\_\_\_

Name der Klinik/des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Abteilung/Institut

\_\_\_\_\_

Anschrift der Klinik/des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon

Ich bin Mitglied der:

- Weiter- und Fortbildungs-Akademie Kardiologie *der DGK*      ja, Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_nein

- Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)                      ja, Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_nein

Hiermit stelle ich den Antrag auf Anerkennung als:                      Leiter                      stellv. Leiter

Beschäftigungsverhältnis                      in Vollzeit (mind. 38,5h)                      in Teilzeit

(Bitte ankreuzen)

der Zusatzqualifikation *Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen* gemäß des *Curriculums Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen* der Deutschen Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), publiziert in *Kardiologe* (2022).<https://doi.org/10.1007/s12181-021-00520-6>.

Als Leiter des Zusatzqualifizierungsprogramms 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 katheterbasierte, interventionelle Einheit und stelle sicher, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten.

Als stellvertretender Leiter des Zusatzqualifizierungsprogramms vertrete und unterstütze ich den Leiter des Zusatzqualifikationsprogrammes in unserer Institution.

Mein Antrag bezieht sich auf die folgende/n Gefäßregion/en:

Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen (alle Teilbereiche)

Interventionelle Therapie der Aorta

Interventionelle Therapie von Dialyseshunt

Interventionelle Therapie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien

Interventionelle Therapie der peripheren Arterien und Beckenarterien

Interventionelle Therapie der Viszeral- und Nierenarterien

(Bitte ankreuzen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle im Curriculum aufgeführten Anforderungen als Leiter/stellv. Leiter des Zusatzqualifizierungsprogramms erfülle. Das Informationsblatt einschließlich der *Allgemeinen Bedingungen* habe ich gelesen und akzeptiert.

Die persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation liegt bereits vor:                    ja    nein

Ich beantrage die Anerkennung als Leiter/stellv. Leiter:

nachträglich    im Rahmen der Zertifizierung einer Stätte

Ich weiß, dass eine Akkreditierung als Leiter/stellv. Leiter der Zusatzqualifikation grundsätzlich an die Zertifizierung der Institution als Stätte der Zusatzqualifikation gekoppelt ist. Im Fall eines Leiterwechsels werde ich die DGA und DGK unverzüglich informieren.

Mir ist bekannt, dass eine Akkreditierung als Leiter/stellv. Leiter durch die DGA und DGK kostenpflichtig ist, sofern sie nicht im Rahmen der Zertifizierung einer Ausbildungsstätte erfolgt. In diesem Fall akzeptiere ich, dass eine Anerkennung erst nach Eingang der Gebühr i. H. v. 250,00 EUR zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer erfolgen kann. Die Anerkennung durch die DGA und DGK erfolgt schriftlich. Eine entsprechende Urkunde wird auf dem Postweg übersandt. Im Fall einer Ablehnung, bedingt durch fehlende Nachweise oder mangelnde Voraussetzungen, besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Gebühren.

---


Ort, Datum

---

Unterschrift Antragssteller

**Auskünfte zum Leiter/stellv. Leiter der Qualifizierungsstätte gemäß den Anforderungen des *Curriculums Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen***

**1. Aktueller Lebenslauf**

 Bitte beifügen.

**2. Facharzt- und Schwerpunktzeugnis**

Ich bin Facharzt der Inneren Medizin und

Kardiologie


Angiologie

 Bitte Urkunde(n) beifügen.

**3. Tätigkeit auf dem Gebiet der katheterbasierten interventionellen Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit von mindestens fünf Jahren**


Die Voraussetzung zur Beantragung sind mindestens fünf Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der katheterbasierten, interventionellen Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit.

Bei einer modularen Qualifikation in einzelnen Gefäßregionen ist eine mindestens drei-jährige Erfahrung in dieser Gefäßregion notwendig.

 Bitte fügen Sie eine Bestätigung durch die Einrichtung(en) bei.

**4. Verantwortung für die im Antrag genannte Interventionelle Einheit**

Bitte weisen Sie die Verantwortung für die im Antrag genannte interventionelle Einheit, für welche die Leitung des Zusatzqualifikationsprogrammes beantragt wird, nach.

 Bitte fügen Sie die Bestätigung durch den Chefarzt/geschäftsführenden ärztlichen Direktor der Kardiologie/Angiologie (falls nicht identisch mit Antragsteller) oder Krankenhausverwaltung bei.

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