

**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>.

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.