



DGK.

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

Antrag auf Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie*




Bitte Antrag und Nachweise per Mail an curriculum-kmrt@dgk.org schicken

Dieser Antrag ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen

(stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie	
1.	Antrag auf Anerkennung als Leiter stellv. Leiter
2.	Anrede Frau Herr ohne Anrede
3.	Titel/ akad. Grad
4.	Vorname, Nachname
5.	Geburtstag
6.	Geburtsort
7.	Position
8.	Name der Klinik/ des Krankenhauses/ der Praxis
9.	Abteilung/ Institut
10.	Anschrift der Klinik/ des Krankenhauses/ der Praxis
11.	PLZ und Ort
12.	E-Mail-Adresse
13.	Telefon
14.	*Wöchentliche Arbeitszeit Angabe in Std./ Woche Vollzeit Teilzeit

Hinweis: Teilzeitregelung

An der Stätte muss mind. ein Leiter der Zusatzqualifikation vollzeitig im thematischen Schwerpunkt des Curriculums tätig sein. Alternativ zur Vollzeittätigkeit kann jeweils die (stellv.) Leitung der Zusatzqualifikation von mehreren Personen übernommen werden, die min. 20 Stunden/Woche an der Stätte beschäftigt sein müssen (= max. 2 Personen). Die (stellv.) Leiterposition muss jeweils mit einem Arbeitsumfang von min. 38,5 Stunden besetzt sein. 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.

15.	*Bitte fügen Sie einen aktuellen Lebenslauf hinzu (nicht älter als 12 Monate)	
16.	*Facharzt Bitte fügen Sie Ihre Facharzturkunde hinzu	<p>Innere Medizin und Kardiologie, oder</p> <p>Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie</p> 
17.	*Die persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie Level 3 wurde erworben	<p>Bereits erworben</p> <p>Antrag auf Erwerb ist bereits gestellt</p> <p>nicht erworben oder nicht gestellt</p>
18.	*ACLS-Training erfolgreich absolviert Bitte laden Sie eine gültige ACLS-Urkunde hoch Anerkannt werden z.B. - Zusatzbezeichnung Notfallmedizin - CPU Kompaktkurs der DGK - ACLS-Kurs der DGK	<p>ja nein</p> 

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie* 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/k-mrt/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 Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE_B_VI
- Die wissenschaftliche Grundlage der Zertifizierung ist das *Update Curriculum Kardiale Magnetresonanztomographie* der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in Die Kardiologie 2023 17:173–185 <https://doi.org/10.1007/s12181-023-00614-3>. Die konkreten Voraussetzungen für die Zertifizierung sind in dem jeweiligen aktuellen Antrag festgehalten, der als Zertifizierungsgrundlage gilt.
- Bei Rückfragen melden Sie sich bitte unter der Emailadresse curriculum-kmrt@dgk.org

Für den Leiter

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.

Für den stellv. Leiter

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