

**Antrag auf Anerkennung als Leiter/stellv. Leiter\* der  
Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie  
A. Invasive Elektrophysiologie und B. Aktive Herzrhythmusimplantate**

**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-sr@dgk.org**

Angaben zum Antragsteller:

Frau

Herr

\_\_\_\_\_

Titel

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Familiennamen

\_\_\_\_\_

Geburtsstag

\_\_\_\_\_

Geburtsort

\_\_\_\_\_

Position

\_\_\_\_\_

Name des Instituts

\_\_\_\_\_

Abteilung

\_\_\_\_\_

Straße

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon

Hiermit stelle ich den Antrag auf Anerkennung

als Leiter

oder

als stellvertretender Leiter

A. Invasive Elektrophysiologie

der Zusatzqualifikation

B. Aktive Herzrhythmusimplantate

(A und B = Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie gesamt)

und/oder

Beschäftigungsverhältnis

in Vollzeit (mind. 38,5h)

in Teilzeit

wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

gemäß des *Curriculums Spezielle Rhythmologie* der *Deutschen Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V.* (DGK), publiziert in *Der Kardiologe* 2012; 6:219–225 (DOI 10.1007/s12181-012-0424-9) und im Addendum zum Curriculum (DOI. 10.1007/s12181-020-00406-z).

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. Ich trage die Verantwortung, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten.

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

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.

Ich bin Facharzt für

Innere Medizin und Kardiologie

Herzchirurgie

Gefäßchirurgie

mit mindestens fünf-jähriger überwiegender Tätigkeit auf dem Gebiet der

A. Invasiven Elektrophysiologie                      *und/oder*                      B. Implantation aktiver Herzrhythmusimplantate

ja                      nein

ja                      nein

Ich habe die entsprechende Zusatzqualifikation selbst erworben oder die Übergangsregelung in Anspruch genommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit meiner bisherigen Tätigkeit alle im Curriculum genannten Anforderungen an den Leiter bzw. stellvertretenden Leiter des Zusatzqualifizierungsprogramms erfülle.

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 Fortbilderwechsels werde ich die DGK unverzüglich informieren. Mir ist bekannt, dass eine Anerkennung als Fortbilder der Zusatzqualifikation durch die DGK kostenpflichtig ist, sofern diese nicht im Rahmen der Zertifizierung einer Ausbildungsstätte erfolgt. Die Anerkennung durch die DGK erfolgt schriftlich und kann erst nach Eingang der Bearbeitungsgebühr erfolgen. 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.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel der Klinik, Unterschrift des Antragstellers

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Klinikleiters

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