



## Antrag auf Anerkennung als (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation Sportkardiologie

Dieser Antrag ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen und nebst den geforderten Nachweisen und Belegen an entsprechender Stelle in der Antragsmaske hochzuladen bzw. bei Leiterwechsel an curriculum-sk@dgk.org zu senden.

Leiter der Zusatzqualifikation Sportkardiologie		
1.	Antrag auf Anerkennung als	<input type="checkbox"/> Leiter <input type="checkbox"/> stellv. Leiter
2.	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> 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.	*Die persönliche Zusatzqualifikation Sportkardiologie wurde erworben  Level 1 <input type="checkbox"/> Level 2 <input type="checkbox"/> Level 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bereits erworben  <input type="checkbox"/> Antrag auf Erwerb ist bereits gestellt
15.	*aktueller Lebenslauf  Bitte fügen Sie Ihren Lebenslauf hinzu	

16.	*Facharzt Kardiologie Bitte fügen Sie Ihre Facharzturkunde hinzu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 
17.	*Zusatzbezeichnung Sportmedizin Bitte fügen Sie einen Nachweis hinzu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 
18.	*Wöchentliche Arbeitszeit Angabe in Std./Woche	<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

*Hinweis: Teilzeitregelung*

*Alternativ zur Vollzeitätigkeit 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.*

## stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Sportkardiologie

### Hinweise

#### Stufe 1 und 2

Für die Anerkennung der Stätten Stufe 1 und 2 muss mind. ein Leiter vollzeitig tätig sein. Das Vorhalten eines stellv. Leiters ist nicht zwingend erforderlich.

#### Stufe 3

Für die Anerkennung der Stätte Stufe 3 müssen mind. ein Leiter und mind. ein stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vollzeitig tätig sein. Der stellv. Leiter der Zusatzqualifikation muss nicht zwingend die Facharztanerkennung Kardiologie, die Zusatzbezeichnung Sportmedizin sowie die Zusatzqualifikation erworben haben. Eine stellv. Leitung durch einen Internisten ist ebenfalls möglich.

1.	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
2.	Titel/ akad. Grad	
3.	Vorname, Nachname	
4.	Geburtstag	
5.	Geburtsort	
6.	Position	
7.	Name der Klinik/ des Krankenhauses/ der Praxis	
8.	Abteilung/ Institut	
9.	Anschrift der Klinik/ des Krankenhauses/ der Praxis	
10.	PLZ und Ort	
11.	E-Mail-Adresse	
12.	Telefon	
13.	(optional) Die persönliche Zusatzqualifikation Sportkardiologie wurde erworben  Level 1 <input type="checkbox"/> Level 2 <input type="checkbox"/> Level 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bereits erworben <input type="checkbox"/> Antrag auf Erwerb ist bereits gestellt <input type="checkbox"/> nicht erworben oder nicht gestellt
14.	*aktueller Lebenslauf  Bitte fügen Sie Ihren Lebenslauf hinzu	

15.	*Facharzt  Bitte fügen Sie Ihre Facharzturkunde hinzu	<input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie <input type="checkbox"/> Innere Medizin und Kardiologie  
16.	*Wöchentliche Arbeitszeit  Angabe in Std./Woche	<hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Sportkardiologie* 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/sk/gebuehren/>
- kein Anspruch auf Rückzahlung bei Ablehnung des Antrags
- Versendung des Zertifikats auf dem Postweg
- Bestätigung der Kenntnisnahme der Datenschutzinformation  
[https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE\\_B\\_VI](https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE_B_VI)
- Die wissenschaftliche Grundlage der Zertifizierung ist das Curriculum Sportkardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in Der Kardiologe 2019; 13:26-37 (DOI 10.1007/s12181-019-0299-0). Die konkreten Voraussetzungen für die Zertifizierung sind in dem jeweiligen aktuellen Antrag festgehalten, der als Zertifizierungsgrundlage.
- Bei Rückfragen melden Sie sich bitte unter der Emailadresse [curriculum-sk@dgk.org](mailto:curriculum-sk@dgk.org)

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.

Nur für Stufe 3 erforderlich:

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.

Ich stimme dem obigen Antrag und den Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klinikleiter

Falls Sie eine abweichende Rechnungsanschrift wünschen, tragen Sie diese bitte hier ein:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_