




## Antrag auf Anerkennung als (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 an entsprechender Stelle in der Antragsmaske hochzuladen bzw. bei Leiterwechsel an curriculum-sr@dgk.org zu senden.

Leiter der Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie		
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.	Folgende Teilbereiche werden beantragt:  A. Invasive Elektrophysiologie B. Aktive Herzrhythmusimplantate A. und B. - beide Teilbereiche  Die persönliche Zusatzqualifikation wurde bereits erworben	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15.	*aktueller Lebenslauf  Bitte fügen Sie Ihren Lebenslauf hinzu	

16.	*Facharzt Innere Medizin und Kardiologie/Herzchirurgie/ Gefäßchirurgie Bitte fügen Sie Ihre Facharzturkunde hinzu	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 
17.	mit mindestens fünfjähriger überwiegender Tätigkeit auf dem Gebiet der beantragten Teilbereiche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
18.	*Wöchentliche Arbeitszeit  Angabe in Std./Woche	<hr style="width: 100%; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit

*Hinweis: Teilzeitregelung*

*Alternativ zur Vollzeittätigkeit kann jeweils die (stellv.) Leitung der Zusatzqualifikation von mehreren Personen übernommen werden, die mind. 20 Stunden/Woche an der Stätte beschäftigt sein müssen (= max. 2 Personen).*

*Die (stellv.) Leiterposition muss jeweils mit einem Arbeitsumfang von mind. 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.*

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie* 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/sr/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 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 das Addendum zum Curriculum (DOI. 10.1007/s12181-020-00406-z). 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 E-Mail-Adresse [curriculum-sr@dgk.org](mailto:curriculum-sr@dgk.org)

Als (stellv.) 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. Ich trage die Verantwortung, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle im Curriculum aufgeführten Anforderungen an den Leiter der Zusatzqualifikation erfülle.

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

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

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

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

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

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

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