



**DGK.**

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

## Einverständnis der Stätte der Zusatzqualifikation

### Herzinsuffizienz (HI)

Einverständniserklärung der Stätte*	
<i>Angaben zum Antragsteller</i>	
a)	Anrede Frau      Herr      divers
b)	Titel
c)	Vorname, Nachname
d)	Geburtsdatum
e)	Beantragte Module (mind. 2):  Modul 1: Fortgeschrittene Herzinsuffizienz, Herztransplantation und ventrikuläre Unterstützungssysteme  Modul 2: Device-Therapie für Patienten mit Herzinsuffizienz  Modul 3: Interventionelle Herzinsuffizienztherapie  Modul 4: Ambulante Versorgung/ Rehabilitaion/ Psychokardiologie
<i>Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz</i>	
a)	Name der Klinik / des Krankenhauses

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

b)	Abteilung / Institut	
c)	Anschrift der Klinik / des Krankenhauses/ der Praxis, PLZ und Ort	
d)	Bei der o.g. Stätte handelt es sich um ein/eine von der DGK zertifizierte/s	<p>Überregionales HFU-Zentrum</p> <p>HFU-Schwerpunktklinik</p> <p>HFU-Schwerpunktpraxis</p> <p>Stätte der <i>Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie/ Aktive Herzrhythmusimplantate</i></p> <p>Stätte der <i>Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie</i></p> <p>Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt Herzinsuffizienz</p>

Mit der Aufnahme des oben genannten Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz* an der oben genannten Klinik bin ich einverstanden.

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

---

Name und Unterschrift des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation (HI)

Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation		
<b>Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz</b>		
a)	Anrede	Frau      Herr      divers
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
f)	Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit (mind. 38,5 Std.)  Teilzeit
g)	Angabe in Std./Woche	
<p><i>Hinweis:</i> Teilzeitregelung</p> <p>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.</p>		
h)	Mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisbar	Ja  Nein
i)	Persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation aller für die von dem Antragsteller angestrebten Module	Ja  Nein
	Datum der Anerkennung	

**Angaben zum (stellv.) Leiter der Zusatzqualifikation (optional)**

***stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz (optional)***

a)	Anrede	Frau      Herr      divers
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
f)	Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit (mind. 38,5 Std.)  Teilzeit
g)	Angabe in Std./Woche	
<p><i>Hinweis:</i> Teilzeitregelung</p> <p>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.</p>		
h)	Mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisbar	Ja  Nein
i)	Persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation aller für die von dem Antragsteller angestrebten Module	Ja  Nein
	Datum der Anerkennung	

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. Ebenfalls trage ich die Verantwortung für die Durchführung der geforderten Prozeduren und stelle sicher, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten. Mit der Aufnahme des o. g. Kandidaten in das Programm der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz in der o. g. Klinik / dem o. g. Krankenhaus / der o. g. Praxis bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation  
Herzinsuffizienz

Als stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vertrete und unterstütze ich den Leiter der Zusatzqualifikation in unserer Institution (optional).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des (stellv.) Leiters der Zusatzqualifikation  
Herzinsuffizienz