



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

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

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	<input type="checkbox"/> Überregionales HFU-Zentrum <input type="checkbox"/> HFU-Schwerpunktklinik <input type="checkbox"/> HFU-Schwerpunktpraxis <input type="checkbox"/> Stätte der <i>Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie/ Aktive Herzrhythmusimplantate</i> <input type="checkbox"/> Stätte der <i>Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie</i> <input type="checkbox"/> Rehabilitationsklinik mit Schwerpunkt Herzinsuffizienz

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		
a)	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
f)	Mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisbar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
g)	Persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation aller für die von dem Antragsteller angestrebten Module  Datum der Anerkennung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum stellv. Leiter der Zusatzqualifikation (optional)		
<b><i>Leiter der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz (optional)</i></b>		
a)	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	

f)	Mind. 5-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Versorgung herzinsuffizienter Patienten vorweisbar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
g)	Persönliche Anerkennung der Zusatzqualifikation aller für die von dem Antragsteller angestrebten Module  Datum der Anerkennung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Optional: Als stellv. Leiter der Zusatzqualifikation vertrete und unterstütze ich den Leiter der Zusatzqualifikation in unserer Institution.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des stellv. Leiters der Zusatzqualifikation  
 Herzinsuffizienz