

# Antrag auf Rezertifizierung als Stätte der Zusatzqualifikation *Interventionelle Kardiologie*

**Dieser Antrag ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen. Bitte senden Sie ihn als PDF-Datei an folgende E-Mail-Adresse: [curriculum-ik@dgk.org](mailto:curriculum-ik@dgk.org).**

\_\_\_\_\_  
bisheriger Leiter\* der Zusatzqualifikation

\_\_\_\_\_  
bisheriger stellv. Leiter der Zusatzqualifikation

**Oben stehende Leiter sollen unverändert weiter bestehen.** ja  nein

Falls nein, bitte neue Leiter angeben und die ausgefüllten Formblätter beifügen:

\_\_\_\_\_  
neuer Leiter der Zusatzqualifikation

\_\_\_\_\_  
neuer stellv. Leiter der Zusatzqualifikation (optional)

\_\_\_\_\_  
Datum der Erstzertifizierung

\_\_\_\_\_  
Ärztlicher Direktor der Kardiologie

\_\_\_\_\_  
Name der Klinik / des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Abteilung / Institut

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Klinik / des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

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

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner\*

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Hiermit stelle ich den Antrag auf Rezertifizierung als Stätte der *Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie* gemäß des Curriculums Interventionelle Kardiologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK), publiziert in *Kardiologe* (2012) DOI 10.1007/s12181-012-0433-8 einschließlich aller zum Zeitpunkt der Antragstellung publizierten Addenda und Errata.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich als ärztlicher Leiter der o. g. Einrichtung, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und die o. g. Institution die Anforderungen als Stätte der Zusatzqualifikation erfüllt. Die geforderten Nachweise füge ich diesem Antrag bei. Mir ist bewusst, dass die DGK sich eventuelle Audits und Einsichtnahmen in die Originale eingereichter Unterlagen vorbehält.

Mir ist bekannt, dass die Antragsbearbeitung durch die DGK erst nach Eingang der Bearbeitungsgebühr i. H. von 1.500,00 € (Verbünde mit zwei Standorten 2.500,00 €, Verbünde mit drei Standorten 3.500,00 €) zzgl. der gesetzlichen Umsatzsteuer erfolgen kann. **Es ist zu berücksichtigen, dass die Rezertifizierung als Qualifizierungsstätte nur in Zusammenhang mit der Zertifizierung des Leiters der Zusatzqualifikation möglich ist.** Der entsprechende Antrag ist parallel zu stellen, sofern der bisherige Leiter nicht mehr zur Verfügung steht. Die vorgenannte Bearbeitungsgebühr beinhaltet auch die Gebühr für den Antrag des Leiters und des (optional) stellv. Leiters. Sollte der bisherige Leiter und/oder der stellv. Leiter bestehen bleiben, reduziert sich die Bearbeitungsgebühr jeweils um 250,00€. Das entsprechende Zertifikat wird auf dem Postweg versandt. Die zertifizierte Stätte und der Leiter sind mit der Veröffentlichung ihrer Namen und der Standorte der Kliniken zu Informationszwecken einverstanden.

Sollte der Leiter die Stätte verlassen, so ist dies der DGK seitens der Stätte unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Spätestens sechs Monate nach Weggang des Leiters muss ein neuer Leiter beantragt werden, andernfalls erlischt die Anerkennung der Stätte. Das Angebot auf Abschluss eines Rezertifizierungsvertrages muss durch den Antragsteller spätestens vier Monate vor Ablauf der bestehenden Zertifizierung der DGK unterbreitet werden, um eine lückenlose Zertifizierung zu gewährleisten. Im Fall einer Ablehnung des Antrags, bedingt durch fehlende Nachweise oder mangelnde Voraussetzungen, besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Bearbeitungsgebühren. 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

---

Unterschrift des Leiters der Zusatzqualifikation

Nur auszufüllen, falls der Leiter der Zusatzqualifikation nicht identisch mit geschäftsführendem Direktor/Chefarzt der Kardiologie ist:  
Ich stimme dem obigen Antrag und den Datenschutzinformationen gemäß Art. 13 DSGVO zu und unterstütze die Zusatzqualifikation.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des ärztlichen Direktors/Chefarzt der Kardiologie

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