






**DGK.**

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

## Antrag auf Anerkennung als Leiter der *Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen*

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-itag@dgk.org](mailto:curriculum-itag@dgk.org) zu senden.

<b>Leiter der Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen</b>		
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.	*Aktueller Lebenslauf	
15.	*Die persönliche Anerkennung der <i>Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßerkrankungen</i> wurde erworben	<input type="checkbox"/> Bereits erworben <input type="checkbox"/> Antrag auf Erwerb ist bereits gestellt <input type="checkbox"/> nicht erworben oder nicht gestellt

16.	Mein Antrag bezieht sich auf folgende Gefäßregion/en:	<input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie der Aorta <input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie von Dialyseshunt <input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien <input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie der peripheren Arterien und Beckenarterien <input type="checkbox"/> Interventionelle Therapie der Viszeral- und Nierenarterien
17.	<p>* Tätigkeit auf dem Gebiet der katheterbasierten interventionellen Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit von mindestens 5 Jahren</p> <p>Bei einer modularen Qualifikation in einzelnen Gefäßregionen ist eine mindestens 3-jährige Erfahrung in dieser Gefäßregion notwendig</p> <p>Bitte fügen Sie eine Bestätigung durch die Einrichtung hinzu</p>	
18.	<p>* Verantwortung für die im Antrag genannte Interventionelle Einheit</p> <p>Bitte fügen Sie die Bestätigung durch den Chefarzt / geschäftsführenden ärztlichen Direktor der Kardiologie/Angiologie (falls nicht identisch mit Antragsteller) oder Krankenhausverwaltung bei</p>	

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Anerkennung als (stellv.) Leiter der *Zusatzqualifikation Interventionelle Therapie der arteriellen Gefäßkrankungen* und erkläre mich mit folgenden Punkten einverstanden:

- ggf. Einsichtnahmen in die Originale eingereichter Unterlagen
- Zahlung der Gebühr entsprechend der aktuellen Gebührenübersicht vor Antragsbearbeitung. Die Gebühren finden Sie auf der Internetseite der entsprechenden Zusatzqualifikation.
- kein Anspruch auf Rückzahlung bei Ablehnung des Antrags.
- Versendung des Zertifikats auf dem Postweg.
- Verpflichtung zur schriftlichen Meldung aller Änderungen der zertifizierungsrelevanten Parameter insbesondere den Weggang des Leiters.
- Sollte der Leiter die Klinik 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.
- Bestätigung der Kenntnisnahme der Datenschutzerklärung [https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE\\_B\\_VI](https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE_B_VI)
- Die wissenschaftliche Grundlage der Zertifizierung ist das *Curriculum Interventionelle Kardiologie Therapie der arteriellen Gefäßkrankungen* der Deutschen Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. (DGA) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), veröffentlicht in *Der Kardiologe* (2022) <https://doi.org/10.1007/s12181-021-00520-6>. einschließlich aller zum Zeitpunkt der Antragstellung publizierten Addenda und Errata. 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-Mailadresse [curriculum-itag@dgk.org](mailto:curriculum-itag@dgk.org)

Für den Leiter

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. Ebenfalls trage ich die Verantwortung für die interventionelle Einheit und stelle sicher, dass die Kandidaten die notwendige Supervision erhalten.

Für den stellv. Leiter

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.

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

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

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

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


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

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

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

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

Alle mit einem \* markierten Feld müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden.

An einem mit  gekennzeichneten Stelle sind zusätzliche Unterlagen einzureichen.

Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.