

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

Einverständnis der Stätte der Zusatzqualifikation

Kardiale Magnetresonanztomographie (K-MRT)

Einverständniserklärung der Stätte*		
Angaben zum Antragsteller		
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Nachname	
d)	Geburtsdatum	
e)	Beantragtes Level	Level 1 Level 2 Level 3
f)	Eine Online-Zertifizierung wurde beantragt	Ja Nein
g)	Die Ausbildung erfolgte an einem High-Volume-K-MRT Zentrum nach den Kriterien der DGK	Ja Nein
Angaben zu der Stätte der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie		
a)	Name der Klinik / des Krankenhauses	
b)	Abteilung / Institut	

*Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet.

c)	Anschrift der Klinik / des Krankenhauses, PLZ und Ort	
d)	Datum der Anerkennung als Stätte der Zusatzqualifikation	
Angaben zum Leiter der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie		
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	
optional: Angaben zum stellv. Leiter der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie		
a)	Anrede	Frau Herr ohne Anrede
b)	Titel	
c)	Vorname, Name	
d)	E-Mail	
e)	Telefon	

Mit der Aufnahme des oben genannten Kandidaten in das Programm der *Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie* 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 Leiters der Zusatzqualifikation
(K-MRT)