





DGK.

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

Antrag auf Anerkennung als Leiter der *Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie*

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-kmrt@dgk.org zu senden.

<u>Leiter der Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie</u>		
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/ Krankenhauses/ der Praxis des	
9.	Abteilung/ Institut	
10.	Anschrift der Klinik/ Krankenhauses/ der Praxis des	
11.	PLZ und Ort	
12.	E-Mail-Adresse	
13.	Telefon	
14.	*aktueller Lebenslauf	
15.	*Die persönliche Anerkennung der <i>Zusatzqualifikation Kardiale Magnetresonanztomographie</i> Level 3 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.	<p>*ACLS-Training erfolgreich absolviert</p> <p>Bitte laden Sie eine gültige ACLS-Urkunde hoch</p> <p>Anerkannt werden z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusatzbezeichnung Notfallmedizin - CPU Kompaktkurs der DGK - ACLS-Kurs der DGK 	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p></p>
-----	--	--

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

- ggf. Einsichtnahmen in die Originale eingereicherter 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 Datenschutzinformation https://dgk.org/datenschutzerklaerung/#DSE_B_VI
- Die wissenschaftliche Grundlage der Zertifizierung ist das *Update Curriculum Kardiale Magnetresonanztomographie* der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in *Die Kardiologie* 2023 17:173–185 <https://doi.org/10.1007/s12181-023-00614-3> 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-kmrt@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.

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.