

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG
„INVASIVE THERAPIE DER HERZ- UND LUNGENINSUFFIZIENZ“



Deutsche Gesellschaft
für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.
Herrn Dr. Andreas Beckmann
Geschäftsführer

E-Mail: weiterbildung@dgthg.de

Hiermit beantrage ich die

Datum der letzten Zertifizierung*:

ERST-ZERTIFIZIERUNG

bzw. **RE-ZERTIFIZIERUNG:**

für das Zertifikat „**Invasive Therapie der Herz- und Lungeninsuffizienz**“ der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. für einen Zeitraum von 5 Jahren.

Name*:

Vorname*:

Geschlecht*:

weiblich männlich

Geb.-Datum*:

Akademischer Grad*:

Dienststellung*:

Dienstanschrift

Institution*:

Abteilung*:

Straße Hausnummer*:

Telefon*:

PLZ Ort*:

Mobil*:

E-Mail*:

Privatanschrift

Straße Hausnummer*:

Telefon*:

PLZ Ort*:

Mobil*:

E-Mail*:

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

„Invasive Therapie der Herz- und Lungeninsuffizienz“



Voraussetzungen*:

- Anerkennung FÄ/FA für Herzchirurgie
- mindestens 24 Monate Fortbildungszeit nach Facharztanerkennung
[Anerkennung von 12 Monaten aus der Facharztweiterbildung möglich]

Folgende Operationen mit temporärer, mechanischer Herz-/ Lungenunterstützung wurden von mir als Operateur*in / als 1. Assistenz durchgeführt*:

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
Modul 1: Implantationen von temporären Herz-/Lungen-Unterstützungssystemen	30		
Explantationen von temporären Herz-/Lungen-Unterstützungssystemen	20		

Folgende Operationen mit permanenten, mechanischen Herz-Kreislauf-Unterstützungssystemen wurden von mir als Operateur*in / als 1. Assistenz durchgeführt*:

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
Modul 2: Implantationen permanenter, mechanischer Herz-/Lungen-Unterstützungssystemen (z.B. LVAD, RVAD, BVAD, TAH)	15		

Nur bei ERST-ZERTIFIZIERUNG – sind die folgenden Unterlagen diesem Antrag beizufügen:

- Curriculum Vitae
- Fachärzt*in-Urkunde(n)
- OP-Katalog (Tabellarisch, Anzahl Eingriffe nach Kategorien)
- Zeugnisse zur Weiter-/Fortbildung
- Liste der Publikationen

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind, garantiere die aktuelle Erfüllung aller Kriterien für das Zertifikat „Invasive Therapie der Herz- und Lungeninsuffizienz“ und bin in diesem Bereich des Fachgebietes fachärztlich tätig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

*) Pflichtfelder

**) > oder ca.-Angaben sind unzulässig