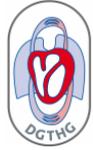


ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG „HERZSCHRITTMACHER-, ICD- UND CRT-THERAPIE“



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 „Herzschrittmacher, ICD- und CRT-Therapie“** 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

Klinik/Praxis*:

Abteilung*:

Straße Hausnummer*:

Telefon*:

PLZ Ort*:

Mobil*:

E-Mail*:

Privatanschrift

Straße Hausnummer*:

Telefon*:

PLZ Ort*:

Mobil*:

E-Mail*:

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

„Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“



Voraussetzungen*:

- Anerkennung FÄ/FA für Herzchirurgie
- Anerkennung FÄ/FA für Chirurgie mit der Facharztkompetenz Herzchirurgie oder
- Anerkennung FÄ/FA für Chirurgie mit oder ohne Schwerpunkt Gefäß oder Thoraxchirurgie oder
- Anerkennung FÄ/FA für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Kardiologie
- Ausnahmefall: Anerkennung FÄ/FA anderer Fachgebiete (Sicherstellung der Patientenversorgung regional anders nicht möglich), Mindestvoraussetzung: eine mindestens sechsmonatige Weiter-/Fortbildung in einer Institution, die den Kriterien „Qualifikation des Ausbilders“ entspricht.

Leistungskatalog*:

1.) Nachweise für eine ERST-ZERTIFIZIERUNG:

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
Modul 1: Transvenöse Schrittmacherimplantationen als Operateur*in unter Anleitung/Assistenz eines qualifizierten Weiterbildungsberechtigten, davon: Zweikammersysteme Aggregatwechsel	75		
	40		
	25		
Kontrolle von Schrittmachersystemen, einschließlich Programmierung, davon: bei Zweikammer- und frequenzadaptiven Systemen	250		
	125		
Modul 2: Transvenöse ICD-, CRT- und/oder CCM-Systemimplantationen Aggregatwechsel bei ICD-, CRT- und oder CCM-Systemen Kontrollen von ICD- und/oder CRT-Systemen einschließlich Programmierung Kenntnisse der Implantation von epimyokardialen Sonden	35		
	10		
	80		
			<input type="checkbox"/>
Modul 3: Revisionen von Herzschrittmacher-, ICD- und/oder CRT-Systemen Kenntnisse der Implantation, Revision oder Entfernung von epimyokardialen Sonden	40		
			<input type="checkbox"/>

2.) Nachweise für eine RE-ZERTIFIZIERUNG (Eingriffe/Kontrollen in den letzten 5 Jahren):

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
Modul 1: Selbstständig durchgeführte Schrittmacherimplantationen Schrittmacherkontrollen	125		
	125		
Modul 2: Selbstständig durchgeführte transvenöse ICD-, CRT- und/oder CCM-Systemimplantationen ICD- und/oder CRT- Kontrollen	60		
	60		
Modul 3: Selbstständig durchgeführte Revisionseingriffe bei Herzschrittmacher-, ICD- und/oder CRT-Systemen	50		

*) Pflichtfelder

**) > oder ca.-Angaben sind unzulässig

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

„Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“



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

- Curriculum Vitae
- Facharzt*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 „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“ und bin in diesem Fachbereich herzchirurgisch tätig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)