



Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.  
Herrn Prof. Dr. C. Schlensak  
Vorsitzender Kommission für Nachwuchsförderung sowie  
Weiter- und Fortbildung  
Langenbeck-Virchow-Haus  
Luisenstraße 58/59  
10117 Berlin

**ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG**

**„INVASIVE THERAPIE VON AORTENERKRANKUNGEN“**

Hiermit beantrage ich die

Datum der letzten Zertifizierung\*:

**ERST-ZERTIFIZIERUNG**

bzw.  **RE-ZERTIFIZIERUNG:**

für das Zertifikat „Invasive Therapie von Aortenerkrankungen“ 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**  
 „Invasive Therapie von Aortenerkrankungen“



**Voraussetzungen\*:**

- FA für Herzchirurgie
- mindestens 24 Monate Fortbildungszeit nach Facharztanerkennung mit speziellem Fokus auf Aortenerkrankungen oder eine äquivalente Weiterbildung / Berufserfahrung [Anerkennung von 12 Monaten aus der Facharztweiterbildung möglich]

**Operationen bei Aortenerkrankungen als Operateur/in und als Assistenz (weiterbildender Facharzt) durchgeführt\*:**

		Mindest- anforderung	Tatsächliche Anzahl*
<b>Modul 1:</b>	Selbstständig durchgeführte Aortenrekonstruktions-/ersatzeingriffen (mind. 15 mit EKZ)	20	
	Assistenz, als weiterbildender Facharzt, von Aortenrekonstruktions-/ersatzeingriffen (mind. 15 mit EKZ)	50	

**Operationen bei Aortenerkrankungen als Operateur/in und als Assistenz (weiterbildender Facharzt) durchgeführt\*:**

		Mindest- anforderung	Tatsächliche Anzahl*
<b>Modul 2:</b>	Selbstständig durchgeführte endovaskuläre Aorteneingriffe	10	
	Assistenz, als weiterbildender Facharzt, von Aorteneingriffen	25	

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

- Curriculum Vitae
- Facharzt-Urkunde(n)
- OP-Katalog
- Zeugnisse zur Weiter-/Fortbildung
- Liste der Publikationen

Ich garantiere die aktuelle Erfüllung aller Kriterien für das Zertifikat „Invasive Therapie von Aortenerkrankungen“ und bin in diesem Bereich des Fachgebietes fachärztlich tätig.

\_\_\_\_\_  
 (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift)