

**ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG**  
**„INVASIVE THERAPIE VON AORTENERKRANKUNGEN“**



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

E-Mail: [weiterbildung@dgthg.de](mailto:weiterbildung@dgthg.de)

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\*:**

- Anerkennung FÄ/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	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
<b>Modul 1:</b> Selbstständig durchgeführte Aortenrekonstruktions-/ersatzeingriffen (mind. 15 mit EKZ)	<b>20</b>		
Assistenz, als weiterbildender Facharzt, von Aortenrekonstruktions-/ersatzeingriffen (mind. 15 mit EKZ)	<b>50</b>		

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

	Mindest-anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
<b>Modul 2:</b> Selbstständig durchgeführte endovaskuläre Aorteneingriffe	<b>10</b>		
Assistenz, als weiterbildender Facharzt, von Aorteneingriffen	<b>25</b>		

**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 von Aortenerkrankungen“ und bin in diesem Bereich des Fachgebietes fachärztlich tätig.

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

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

\*) Pflichtfelder

\*\*) > oder ca.-Angaben sind unzulässig