



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
„HERZSCHRITTMACHER-, ICD- UND CRT-THERAPIE“**

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*:

Geb.-Datum*:

Akademischer Grad*:

Dienststellung*:

weiblich

männlich

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*:

- Facharzt für Herzchirurgie
- Facharzt für Chirurgie mit der Facharztkompetenz Herzchirurgie oder
- Facharzt für Chirurgie mit oder ohne Schwerpunkt Gefäß oder Thoraxchirurgie oder
- Facharzt für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Kardiologie
- Facharzt eines anderen Fachgebiets mit mindestens sechsmonatiger Weiter-/Fortbildung in einer Fachabteilung, die den Anforderungen des Kriterienkatalogs inkl. der „Qualifikation des Ausbilders“ entspricht

Leistungskatalog*:

1.) Nachweise für eine ERST-ZERTIFIZIERUNG:

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

2.) Nachweise für eine RE-ZERTIFIZIERUNG (Eingriffe als Operateur/ Kontrollen innerhalb der letzten 5 Jahre):

	Mindest-anforderung	Tatsächliche Anzahl*
Modul 1: Schrittmacherimplantationen	125	
Schrittmacherkontrollen	125	
Modul 2: Transvenöse ICD-, CRT- und/oder CCM-Systemimplantationen	60	
ICD- und/oder CRT- Kontrollen	60	
Modul 3: Revisionseingriffe bei Herzschrittmacher-, ICD- und/oder CRT-Systemen	50	

ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG
„Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“



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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)