

Antrag auf Hospitation

Bitte die vollständigen Unterlagen schicken an

DeGIR
c/o Deutsche Röntgengesellschaft
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.

Zutreffendes ankreuzen: **Gesuch** **Gebot**

Angaben zur Ausbildung:

Ausbildungsziele:

Spezifizieren Sie Ihre Ausbildungsziele. Nennen Sie spezifische interventionelle Techniken, die Sie im Rahmen der Hospitation erlernen wollen, oder nennen Sie die Medizinprodukte/Devices mit denen Sie sich vertraut machen wollen. Mehrfachnennungen sind möglich. Geben Sie bitte an, ob Sie bereits über Vorkenntnisse verfügen.

		Vorkenntnisse vorhanden:	
		Ja	Nein
1	_____		
2	_____		
3	_____		

Angabe einer Wunsch-Hospitationsstätte

Bitte wählen Sie maximal drei Hospitationsstätten aus der Liste der DeGIR-Hospitationsstätten aus, an denen Sie bevorzugt hospitieren möchten. Wenn Sie keine Angabe machen wird die Geschäftsstelle versuchen, eine Hospitationsstätte möglichst in Ihrer Nähe zu finden.

HINWEIS: Die Vermittlung von Hospitationsplätzen über die DeGIR-Geschäftsstelle erfolgt in enger Abstimmung mit den Hospitationsstätten. Sollte an einer Ausbildungsstätte temporär keine Kapazität für Hospitanten verfügbar sein, entsteht aus dem Hospitationsgesuch kein Anspruch auf Hospitation an der präferierten Ausbildungsstätte. Die DeGIR-Geschäftsstelle wird stattdessen nach Kapazitäten an anderen Hospitationsstätten suchen oder den Versuch unternehmen, zu einem späteren Zeitpunkt eine Hospitation am gewünschten Klinikum zu ermöglichen.

	Name der Hospitationsstätte	Nr. (entsprechend beiliegender Liste)
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____

Hospitationszeitraum

Bitte geben Sie an, in welchem Zeitraum (wann und wie lange) Sie am Gastklinikum hospitieren wollen. Die Angabe eines Alternativtermins ist erwünscht.

1 _____

2 _____

Bitte geben Sie an, ob Sie bei seltenen Interventionen über Zuruftermine informiert werden möchten.

Zuruftermin erwünscht

Zuruftermin nicht erwünscht

Angaben zum Antragsteller:

Name _____

Vorname _____

Titel: _____

Mitgliedschaft DRG DeGIR DGNR

Dienstanschrift:

Klinik: _____

Abteilung: _____

Assistenzarzt Oberarzt Chefarzt _____

Straße: _____ Hausnummer _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift