

Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung Muskuloskelettale Radiologie Q1

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drq.de

ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER:IN

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

DRG-Mitglieds-Nr.: _____

Facharzt/-ärztin/Oberarzt/-ärztin Chefarzt/-ärztin/Institutsleiter:in _____

Mitgliedschaft: DRG AG Muskuloskelettale Radiologie

Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

NACHWEISE:

I. Facharzt/-ärztin für Radiologie (Zeugniskopie beifügen)

Geschäftsstelle: Kopie liegt vor

II. CME-Punkte / Publikationen

Erwerb von mindestens 30 CME-Punkte innerhalb von maximal 60 Monaten vor Antragstellung auf dem Gebiet der muskuloskelettalen Radiologie, davon mindestens 10 CME-Punkte von Veranstaltungen der AG Muskuloskelettale Radiologie beim Deutschen Röntgenkongress, beim Intensivkurs Muskuloskelettale Radiologie (IMR) oder durch Kurse auf dem Akademie Online-Portal der DRG (siehe Erläuterungen im Dokument „Zusatzqualifizierung Muskuloskelettale Radiologie der AG Muskuloskelettale Radiologie in der DRG“ unter <https://www.ag-msk.drg.de/de-DE/5884/zertifizierung-von-personen/>).

Aufstellung von Fortbildungsveranstaltungen:

Veranstalter	Titel	Datum	CME-Punkte

Bitte Teilnahmebescheinigungen in Kopie oder Auszug aus dem Punktekonto der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie oder der zuständigen Landesärztekammer einreichen.

Geschäftsstelle: Kopien liegen vor



Ggf. Aufstellung relevanter Publikationen:

III. Praktische Tätigkeit

Für den Nachweis der zwölfmonatigen schwerpunktmäßigen Tätigkeit im Bereich der muskuloskelettalen Diagnostik füllen Sie bitte die Anlage 1 zum Antrag aus.

Geschäftsstelle: Nachweis liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigefügt.

Für die Bearbeitung des Antrags wird eine Gebühr in Höhe von 100,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Antrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DRG weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen:

<https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der Homepage <https://radiologie-finden.de/> genannt zu werden (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Titel, Vorname, Name, Klinik- bzw. Praxisort). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: zertifizierung@drq.de widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Nachweis
der zwölfmonatigen schwerpunktmäßigen
Tätigkeit im Bereich der muskuloskelettalen Diagnostik

Bei Chefärztinnen und Chefärzten oder Praxisinhaberinnen und -inhabern werden Selbstbescheinigungen akzeptiert.

Wir bestätigen, dass Frau/Herr _____
in unserer Einrichtung _____
eine zwölfmonatige schwerpunktmäßige Tätigkeit im Bereich der muskuloskelettalen
Diagnostik ausgeübt hat.

Name radiologische:r Chefärzt:in / Einrichtungsleiter:in / Weiterbildungsermächtigte:r

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift