DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE UND MINIMAL-INVASIVE THERAPIE
in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

DGNR
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Hinweise:

- **Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-2-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG, der DeGIR und der DGNR sind.**
- **Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als PDF an: zertifizierung@drg.de**

Antrag für die DeGIR-/DGNR-Zertifizierung Stufe 2, Module E-F

Beantragt wird die Stufe-2-Zertifizierung als:

☐ DeGIR-/DGNR-Spezialist:in für minimal-invasive Schlaganfalltherapie (Modul E)

☐ DeGIR-/DGNR-Spezialist:in für neurovaskuläre Gefäßmalformationen (Modul F)

☐ DeGIR-/DGNR-Spezialist:in für neurovaskuläre Therapie (Module E und F)

Antragsteller:in

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift (optional): _____

Stand: 09.08.2022

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE UND MINIMAL-INVASIVE THERAPIE
in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

DGNR
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

NACHWEISE:

Facharzt/-ärztin für Radiologie seit mindestens 1 Jahr (Zeugniskopie beifügen) intern: ☐ liegt vor

Modul E und F:

Zum Nachweis der Ausbildung in Interventioneller Radiologie (IR) bzw. Interventioneller Neuroradiologie (INR) bitte Anlage 1 zum Antrag ausfüllen intern: ☐ liegt vor

Zum Nachweis von Fortbildungskursen zur IR bzw. INR bitte Anlage 2 (Excel-Dokument) zum Antrag ausfüllen und Teilnahmebescheinigungen in Kopie einreichen intern: ☐ liegt vor

Modul F:

Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie erworben am _____ (Kopie beifügen)
intern: ☐ liegt vor

Empfehlungsschreiben des aktuellen Arbeitgebers und ggf. des (ehemaligen) Weiterbildungsverantwortlichen; darin Nachweis über 4 Jahre Tätigkeit in einem Institut mit gesamten neuro-interventionellen Spektrum sowie Erläuterung Fall-zahlen, wissenschaftliche Leistungen (Publikationen, Vorträge, Teilnahme an Studien etc.) intern: ☐ liegt vor

Zertifizierungsgebühr
Für die Bearbeitung der Zertifizierungsanträge wird eine Grundgebühr von 200 Euro und pro beantragtem Modul je 50 Euro (zzgl. Mehrwertsteuer) erhoben. Die Zertifizierungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag 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 DeGIR/DGNR 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 DeGIR-Homepage als Stufe-2-Zertifikatsinhaber/-in genannt zu werden (Titel, Vorname, Name, Klinik/ Abteilung bzw. Praxis, Klinik- bzw. Praxisort). (Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: zertifizierung@drg.de widerrufen.)

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Antragsteller/-in

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE UND MINIMAL-INVASIVE THERAPIE
in der Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

DGNR
Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V.

Stufe 2 – Anlage 1

Bescheinigung über die selbstständig durchgeführten Interventionen pro Modul und Nachweis über ausführliche Kenntnisse und Fertigkeiten

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr _____

die folgende Zahl von radiologischen bzw. neuroradiologischen Interventionen selbstständig durchgeführt hat:

Modul E

– 100 Interventionen im Modul E: Gefäß-eröffnende Neuro-Interventionen (PTA/Stent der extrakraniellen supraaortalen Arterien, PTA/Stent der intrakraniellen Arterien, mechanische Rekanalisation beim Schlaganfall, lokale Lyse beim Schlaganfall) – davon mind. 30 intrakranielle, mechanische Thrombektomien und mindestens 10 extrakranielle Interventionen

Gesamtzahl der Modul E-Interventionen: _____

davon _____ intrakranielle, mechanische Thrombektomien

davon _____ extrakraniell

Modul F

– 100 Interventionen im Modul F: Neurovaskuläre Embolisationsbehandlungen (Embolisation und vergleichbare Verfahren bei intrakraniellen Aneurysmen, Embolisation intrakranieller und spinaler Gefäßfehlbildungen, sonstige intrakranielle Embolisationen) – davon mind. 50 intrakranielle Aneurysmen und 10 AVM/ dAVF zerebral oder spinal), welche in einem Zeitraum von 4 Jahren erbracht sein müssen.

Gesamtzahl der Modul F-Interventionen: _____

davon _____intrakranielle Aneurysmen

davon _____AVM/dAVF zerebral oder spinal

_____
Name

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des radiologischen bzw. neuroradiologischen Chefarztes / Weiterbildungsbefugten

Klinikstempel

Stand: 09.08.2022

Stufe 2 – Anlage 1

Des Weiteren wird bestätigt, dass die oben genannte Person während ihrer Ausbildung in IR bzw. INR folgende Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Erwerb ausführlicher Kenntnisse bezüglich der radiologischen Anatomie der Körperregionen, die in der IR und INR eine Rolle spielen
- ☐ Erwerb ausführlicher Kenntnisse der klinischen, pathologischen und pathophysiologischen Grundlagen der Erkrankungen, die mittels IR bzw. INR diagnostiziert und therapiert werden
- ☐ Erwerb ausführlicher Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich Technik, Indikationen, Kontraindikationen und Ergebnisse aller bildgebenden Verfahren, die im Rahmen der IR bzw. INR eine diagnostische Rolle spielen
- ☐ Erwerb ausführlicher Kenntnisse bezüglich der erforderlichen Materialien, Kontrastmittel und Medikamente sowie der lebenserhaltenden Notfallmaßnahmen, die in der IR bzw. INR zur Anwendung kommen
- ☐ Erwerb ausführlicher Kenntnisse und Fertigkeiten in Sedations- und Analgesie-Verfahren, die in der IR bzw. INR verwendet werden
- ☐ Regelmäßige Teilnahme an klinisch-radiologischen Konferenzen (mindestens wöchentlich)
- ☐ Interdisziplinäre Mitbetreuung der ambulanten und stationären Patienten. (z.B. Teilnahme an klinischen Visiten stationärer Patienten sowie an der Ambulanztätigkeit zwecks Erwerb klinischer Erfahrungen)

Weitere relevante Kenntnisse und Fertigkeiten:

_____

_____

_____

_____
Name

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des radiologischen bzw. neuroradiologischen Chefarztes / Weiterbildungsbefugten

Klinikstempel