AG Herz- und Gefäßdiagnostik
in der Deutschen Röntgengesellschaft

Antrag für die Anerkennung eines Q1- und/oder Q2-Kurses CT/MRT im Rahmen des Zusatzqualifizierungsprogramms der AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG

Bitte senden Sie Ihr Antragsformular in einem PDF-Dokument mit allen Anlagen in korrekter Reihenfolge an zertifizierung@drg.de.

Beantragt wird die Anerkennung eines Kurses in (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

☐ **Q1 CT** ☐ **Q1 MRT** ☐ **Q1 und Q2 CT (Kombikurs)**

☐ **Q2 CT** ☐ **Q2 MRT** ☐ **Q1 und Q2 MRT (Kombikurs)**

ANGABEN WISSENSCHAFTLICHE/-R LEITER/-IN:

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Kurs (bitte Programmentwurf in der aktuellsten Version beifügen):

Titel _____

_____

Ort _____

Datum des Kurses _____

intern: □ liegt vor

Q1-Kurs: Die Kursleiterin bzw. der Kursleiter verfügt über den Q3-Status für kardiale CT ☐ und/oder MRT ☐

Q2-Kurs: Die Kursleiterin bzw. der Kursleiter verfügt über den Q3-Status für die kardiale CT ☐ und/oder MRT ☐

Mindestens die Hälfte des Q2-Kurses wird von einer Referentin bzw. einem Referenten mit Q2- oder Q3-Status für kardiale CT ☐ und/oder MRT ☐ abgedeckt.

Die Veranstaltung wurde durch die Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie und/oder die Landesärztekammer mit _____ CME-Punkten anerkannt. ☐

Die Veranstaltung wurde im Veranstaltungskalender der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie veröffentlicht. ☐

Bearbeitung Fälle im Rahmen von Vorträgen oder aus einer Fallsammlung möglich ☐

Der Kurs beinhaltet ein Quiz bzw. eine Lernerfolgskontrolle. ☐

Der Kurs wird durch die Teilnehmer/-innen evaluiert. ☐

intern: □ liegen vor

Der Kurs erfüllt die im Dokument „Anerkennen von Kursen in der kardialen CT/MRT" geforderten Schwerpunkte und Themengebiete. ☐

Anforderungen an Kurse und Fortbildungsveranstaltungen entnehmen Sie bitte aus dem Dokument „Zertifizierung von Kursen in der kardialen CT und/oder MRT" unter: https://www.ag--herz.drg.de/de-DE/1202/dokumente-und-formulare/

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift wissenschaftliche/-r Leiter/-in