

Zertifizierung einer Klinik

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr darüber, dass Sie sich als Weiterbildungsklinik zum DGU-Weiterbildungscurriculum angemeldet haben. Wir dürfen Sie nun bitten, den nachstehenden Fragebogen zur Zertifizierung Ihrer Klinik auszufüllen und ihn anschließend per E-Mail an curriculum@dgu.de oder postalisch an die Adresse DGU e. V., Martin-Buber-Straße 10, 14163 Berlin zurückzusenden.

Kontaktdaten Klinik

Klinik	Adresse
Telefon:	E-Mail:
Weiterbildungsermächtigter Klinik (Nennung mehrerer Personen möglich)

Klinikstruktur

Klinikambulanz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angegliedertes MVZ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßige Röntgenbesprechung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Regelmäßiges Tumorboard	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Forschungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Publikationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, bevorzugt in welchen Themengebieten?	
Beschreiben Sie bitte typische Arbeitsplätze der Assistenten an der Klinik	

Zertifizierung einer Klinik

Weiterbildung

Erfolgt eine strukturierte Ausbildung in den einzelnen konservativen und operativen Teilgebieten der Urologie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Journal Club	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Förderung des regelmäßigen Besuchs von Kongressen oder anderen Fortbildungsveranstaltungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wer im Team steht als Tutor zur Verfügung? (Nennung mehrerer Personen möglich)	
Sind die Tutoren mit einer Schulung einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zertifizierung einer Klinik

Praxisjahr und Rotation

Sind die Voraussetzungen für die Rotation der Assistenten in die urologische Praxis geschaffen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Soll das Praxismodul in der Ambulanz Ihrer Klinik erfolgen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, füllen Sie bitte zusätzlich das Formular „Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz“ aus	
Ist eine Rotation in andere Kliniken denkbar?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja und falls bereits bekannt: in welche?	
Kooperation im Hause mit ...	<input type="checkbox"/> ... Intensivmedizin <input type="checkbox"/> ... IMC <input type="checkbox"/> ... Viszeralchirurgie <input type="checkbox"/> ... Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/> ... andere, bitte benennen:	

Fortbildung

Ist die jährliche Freistellung der Assistenten für Modulseminare gewährleistet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Evaluation

Sind Sie mit einer jährlichen Evaluation der Klinik einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie damit einverstanden, dass das Ergebnis der Evaluation auf dem Portal veröffentlicht wird?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Dieses Dokument wurde elektronisch erstellt und ist daher ohne Unterschrift gültig.

Im Falle eines handschriftlichen Ausfüllens müssen wir Sie jedoch bitten, das Dokument zu unterzeichnen.

Ich habe den Inhalt der Datenschutzerklärung (Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung für die Nutzung des Urologenportals [www.urologenportal.de]) gelesen und bestätige mit der Rücksendung des Formulars mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten.

Ort, Datum

Unterschrift