

Anmeldung zur Teilnahme als Klinik

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Teilnahme am Weiterbildungscurriculum Urologie.

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.

Für eine Teilnahme am Programm ist die DGU-Mitgliedschaft Voraussetzung.

1. Kontaktdaten der Klinik

Name der Klinik bzw. Klinikabteilung		
Chefarzt der Klinik (m/w/d)		
Titel	Vorname	Name
Straße und Hausnummer		
ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil		
Postleitzahl	Ort	
weitere Klinikstandorte hinzufügen		
Telefon	E-Mailadresse	
Link zur Homepage		

2. Angaben zur Weiterbildungsermächtigung

Weiterbildungsermächtigter (m/w/d)

Titel	Vorname	Name
-------	---------	------

DGU-Mitgliedsnummer des Weiterbildungsermächtigten (m/w/d)

Bitte tragen Sie Ihre Mitgliedsnummer ein (falls zur Hand).

Nachweis zur Weiterbildungsermächtigung:

Bitte übermitteln Sie eine PDF- oder Bild-Datei mit dem entsprechenden Nachweis an curriculum@dgu.de.

Dauer der Weiterbildungsermächtigung (Gesamtzahl in Jahren)

Ermächtigung für Zusatzweiterbildung (optional, z.B. Andrologie, Med. Tumorthherapie)

Weitere Weiterbildungsermächtigte

3. Klinikprofil

Versorgungstyp der Klinik

Bezeichnung, z.B. Regelversorgung, Maximalversorgung

Akademisches Lehrkrankenhaus? Ja Nein

Wenn ja, Name der Universität

Stellenschlüssel Klinik:

Anzahl Personen

Chefarzt

Oberärzte

Assistenzärzte mit Facharztbezeichnung

Assistenzärzte in Weiterbildung

Anzahl stationärer Fälle im Jahr

Anzahl Betten

Schwerpunkte (mehrfache Nennung möglich max. 5)

Andrologie

Endourologie

Kinderurologie

Geriatrie

Neurourologie

Med. Tumorthherapie

Onkologie operativ

Prothetik

Plastisch-rekonstruktive Urologie

Urologie der Frau, Inkontinenz

Urolithiasis

Spezielles

z.B. NTX, Transsexuellenchirurgie, Brachytherapie, Robotik, etc.

Zertifizierungen

z.B. EBU-Zertifizierung, Prostatakarzinomzentrum, Inkontinenzzentrum, etc.

Erweiterte Klinikvorstellung und Begrüßung

Hier können Sie, ergänzend zu den obigen Angaben und dem Link zu Ihrer Homepage, zusätzlichen Text von Interesse für potenzielle Bewerber aufführen (max. 1000 Zeichen)

4.1 Kooperationspartner Praxis (optional)

Hat die Klinik eine kooperierende Praxis?

Ja

Nein

Falls Ja, bitte Name und Ort der Praxis angeben.

Sind weitere Praxen als Kooperationspartner vorhanden?
Bitte weitere Praxen angeben.

Unterstützt die Klinik ein Praxisjahr außerhalb einer lokalen/regionalen Kooperation?

Ja

Nein

4.2 Kooperationspartner Klinik (optional)

Hat die Klinik eine kooperierende Klinik?

Ja

Nein

Wenn Ja, bitte Name und Ort der Klinik angeben.

Sind weitere Kliniken als Kooperationspartner vorhanden?
Wenn Ja, bitte weitere Kliniken angeben.

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