

Anmeldung zur Teilnahme als Praxis

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

Wir dürfen Sie nun bitten, den nachstehenden Fragebogen zur Zertifizierung Ihrer Praxis 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 Praxis

Name/Bezeichnung der Praxis

Praxisinhaber

Titel

Vorname

Name

weitere Inhaber

Straße und Hausnummer

ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil

Postleitzahl

Ort

weitere Praxisstandorte

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

Spezielles

Diagnostik

Dopplersonographie

PSA- und Hormonlabor

Spermiogramm

Urodynamischer Messplatz

Urinzytologie

Mikrobiologisches Labor

Sonographie

Röntgen

Uroflowmetrie

Videozystoskopie

Spezielles

Ambulantes Operieren?

Ja

Nein

Endourologie (z.B. TUR-Blase, URS, Ureterschienen)

ESWL

Inkontinenzchirurgie (z.B. Botox-Injektion Blase, TVT)

Prostatabiopsie

Hodenoperationen (z.B. Hydrozelen-OP, Spermatozelen-OP, Vasektomie)

Spektrum allgemeinen belegärztlichen Operierens (Benennen Sie die üblichen Eingriffe)

Spezielle operative Tätigkeiten, stationär oder ambulant
(z.B. Fusionsbiopsie, Refertilisierung etc.)

ASV Urologische Tumoren

Ja **Nein**

Wenn Ja, bitte den Namen und Anschrift des Zentrums angeben

Zertifizierungen (z.B. EBU-Zertifizierung, Prostatakarzinomzentrum, Inkontinenzzentrum, etc.)

Erweiterte Praxisvorstellung 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. Kooperationspartner Praxis (optional)

Hat die Praxis 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