

Anmeldung und Zertifizierung einer Praxis/Ambulanz

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Teilnahme am Weiterbildungscurriculum Urologie der DGU (WECU).

Wir dürfen Sie bitten, den nachstehenden Fragebogen (beschreibbares PDF) zur Anmeldung und 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 die Auditierung, Zertifizierung und Verwaltungskosten Ihrer Praxis am WECU wird für einen Zertifizierungszeitraum von 5 Jahren eine Gebühr von 400,00 € zzgl. USt. erhoben.

Voraussetzung für die Teilnahme am Programm ist die DGU-Mitgliedschaft.

Für etwaige Rückfragen können Sie sich jederzeit gern telefonisch an die DGU Geschäftsstelle Berlin unter 030/8870833-0 oder per E-Mail an curriculum@dgu.de wenden.

Ihr WECU-Team

Kontaktdaten

Name/Bezeichnung der Praxis/Ambulanz

Praxisinhaber

Weitere Inhaber

Straße und Hausnummer

ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil

Postleitzahl/Ort

Weitere Praxisstandorte

Telefon

E-Mailadresse

Link zur Homepage

Angaben zur Weiterbildungsermächtigung

Weiterbildungsermächtigter (m/w/d)

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

Nachweis zur Weiterbildungsermächtigung

Bitte fügen Sie eine PDF- oder Bilddatei mit dem entsprechenden Nachweis bei.

Dauer der Weiterbildungsermächtigung (Gesamtzahl in Jahren)

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

Weitere Weiterbildungsermächtigte

Praxisprofil

Art der Praxis (Mehrfachnennung möglich)

Einzelpraxis

Belegarztpraxis

Gemeinschaftspraxis

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Praxisgemeinschaft

MVZ

Privatpraxis

Andere Form der Praxis*

*Andere Form der Praxis (Bezeichnung, ggf. Beschreibung)

Praxisgröße in m²

Anzahl der Behandlungszimmer allgemein

Eigenes Behandlungszimmer für den Weiterbildungsassistenten
regelmäßig vorhanden?

ja

nein

Stationäre operative Tätigkeit

Name der zugehörigen Klinik

Straße und Hausnummer

ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil

Postleitzahl/Ort

Anzahl der stationären Betten (optional)

Stationsdienste ja | nein

Wenn ja, wie viele pro Monat?

Soll Assistent/in in stationäre Tätigkeit integriert werden? ja | nein

Stellenschlüssel Praxis (bitte Anzahl der Fachärzte/Weiterbildungsassistenten eintragen)

Fachärzte

Weiterbildungsassistenten

Assistenzpersonal

Anzahl der medizinischen Fachangestellten (jeweils Vollzeit oder Teilzeit)

in Vollzeit

in Teilzeit

Tätigkeitsfelder

Schwerpunkte (Mehrfachnennung möglich, max. 5)

Andrologie

Infektiologie

Kinderurologie

Onkologie

Urolithiasis

BPS Management

Inkontinenz

Neurogene Blasenfunktionsstörungen

Proktologische Erkrankungen

Vorsorge

Spezielles

Diagnostik

Dopplersonographie	Mikrobiologisches Labor
PSA- und Hormonlabor	Sonographie
Spermiogramm	Röntgen
Urodynamischer Messplatz	Uroflowmetrie
Urinzytologie	Videozystoskopie

Spezielles

Onkologie

Liegt die Zulassung im Rahmen der Onkologievereinbarung vor?	ja	nein
Regelmäßige Teilnahme an einem Tumorboard?	ja	nein
Hat der Weiterbildungsberechtigte auch die Onkologiezulassung?	ja	nein
Erfolgt die medikamentöse Tumorthherapie in den Praxisräumlichkeiten und/oder in ausgelagerten Räumen?		
ja, in den Praxisräumlichkeiten	nein, in ausgelagerten Räumen	sowohl als auch (beides)
Transfusions- und Blutersatztherapie?	ja	nein
Ambulantes Operieren?	ja	nein
Endourologie (z. B. TUR-Blase, URS, Ureterschienen)	Prostatabiopsie	
ESWL	Hodenoperationen (z. B. Hydrozelen-OP, Spermatozelen-OP, Vasektomie)	
Inkontinenzchirurgie (z. B. Botox-Injektion Blase, TVT)		
Spektrum allgemeinen belegärztlichen Operierens (bitte 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 potentielle Bewerber aufführen)

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?

ja

nein

Wenn ja, bitte weitere Kliniken angeben

Sind Sie mit einer jährlichen Evaluation der Praxis einverstanden?

ja

nein

Sind Sie mit der Veröffentlichung des Ergebnis der Evaluation auf dem Portal einverstanden?	ja	nein
Wer in der Praxis steht als Tutor zur Verfügung?		
Sind die Tutoren einverstanden mit einer Schulung?	ja	nein
Assistent über die Berufshaftpflicht des Weiterbildungs-ermächtigten versichert?	ja	nein
Fachärztlicher Backup für eine Assistentenvollzeitstelle vorhanden?	ja	nein

Finanzierung

Finanzierung aus Mitteln der Praxis? (freiwillige Angabe)		
ja	nein	noch unklar
Wenn ja, wie viel?		
Finanzierung über KV? (freiwillige Angabe)		
ja	nein	noch unklar
Wenn ja, wie viel?		

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 gelesen und bestätige mit der Rücksendung des Formulars mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten (Hinweise zum Datenschutz und Datenschutzerklärung für die Nutzung des Urologenportals finden Sie unter www.urologenportal.de).

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel