

## Anmeldung und Zertifizierung einer Klinik

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 Klinik auszufüllen und ihn anschließend per E-Mail an [curriculum@dgu.de](mailto: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 Klinik 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](mailto:curriculum@dgu.de) wenden.

Ihr WECU-Team

### Kontaktdaten

---

Name der Klinik

Klinikabteilung

Chefarzt der Klinik

Straße und Hausnummer

ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil

Postleitzahl/Ort

Weitere Klinikstandorte

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

## Klinikprofil

---

Versorgungstyp der Klinik (Bezeichnung z. B. Regelversorgung, Maximalversorgung)

Akademisches Lehrkrankenhaus?

ja

nein

Wenn ja, Name der Universität

Stellenschlüssel Klinik (bitte die jeweilige Anzahl eintragen)

Chefarzt

Oberärzte

Assistenzärzte mit Facharztbezeichnung

Assistenzärzte in Weiterbildung

Anzahl stationärer Fälle im Jahr

Anzahl Betten

**Schwerpunkte (Mehrfachnennung möglich, max. 5)**

Andrologie

Kinderurologie

Neurourologie

Onkologie operativ

Plastisch-rekonstruktive Urologie

Urolithiasis

Endourologie

Geriatric

Med. Tumorthherapie

Prothetik

Urologie der Frau, Inkontinenz

**Spezielles (z. B. NTX, Transsexuellenchirurgie, Brachytherapie, Robotik, etc.)**

**Zertifizierungen (z. B. EBU-Zertifizierung, Prostatakarcinomzentrum, 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)

## Klinikstruktur

Klinikambulanz	ja	nein
Angegliedertes MVZ	ja	nein
Regelmäßige Röntgenbesprechung	ja	nein
Regelmäßiges Tumorboard	ja	nein
Forschungsmöglichkeiten	ja	nein
Publikationsmöglichkeiten	ja	nein
Wenn ja, bevorzugt in welchen Themengebieten?		
Beschreiben Sie bitte typische Arbeitsplätze des Assistenten an der Klinik:		

## Weiterbildung

Erfolgt eine strukturierte Ausbildung in den einzelnen konservativen und operativen Teilgebieten der Urologie? Schildern Sie bitte kurz diese Struktur:	ja	nein
Journal Club	ja	nein
Wenn ja, geben Sie bitte die Einzelheiten an (z. B. Frequenz, Inhalt, Dauer, etc.):		
Förderung des regelmäßigen Besuchs von Kongressen oder anderen Fortbildungsveranstaltungen?	ja	nein
Wer im Team steht als Tutor zur Verfügung (Nennung mehrerer Personen möglich):		
Sind die Tutoren mit einer Schulung einverstanden?	ja	nein

## **Praxisjahr und Rotation**

---

Sind die Voraussetzungen für die Rotation der Assistenten in die urologische Praxis geschaffen?	ja	nein
Soll das Praxismodul in der Ambulanz Ihrer Klinik erfolgen?	ja	nein
Ist eine Rotation in andere Kliniken denkbar?	ja	nein
Wenn ja und falls bekannt: in welche?		
Kooperation im Hause mit ...		
... Intensivmedizin		
... IMC		
... Viszeralchirurgie		
... Gefäßchirurgie		
... andere, bitte benennen:		

## **Fortbildung**

---

Ist die jährliche Freistellung der Assistenten für Modulseminare gewährleistet?	ja	nein
---	----	------

## **Evaluation**

---

Sind Sie mit einer jährlichen Evaluation der Klinik einverstanden?	ja	nein
Sind Sie damit einverstanden, dass das Ergebnis der Evaluation auf dem Portal veröffentlicht wird?	ja	nein

### Kooperationspartner Praxis (optional)

Hat die Klinik eine kooperierende Praxis? Wenn ja, bitte Name und Ort der Praxis angeben	ja	nein
Sind weitere Praxen als Kooperationspartner vorhanden? Wenn ja, bitte weitere Praxen angeben	ja	nein
Unterstützt die Klinik ein Praxisjahr außerhalb der lokalen/ regionalen Kooperationen?	ja	nein

### Kooperationspartner Klinik (optional)

Hat die Klinik eine kooperierende Klinik? Wenn ja, bitte Name und Ort der Praxis angeben	ja	nein
Sind weitere Kliniken als Kooperationspartner vorhanden? Wenn ja, bitte weitere Kliniken angeben	ja	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 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](http://www.urologenportal.de)).

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift und Stempel