

## 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 die Auditierung, Zertifizierung und Verwaltungskosten Ihrer Klinik am Weiterbildungscurriculum Urologie wird für einen Zertifizierungszeitraum von 5 Jahren eine Gebühr von 400,00 € zzgl. USt. erhoben.

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

### 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

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:

### 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

Geriatric

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 anführen (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

Falls Ja, bitte Name und Ort der Klinik angeben.

Sind weitere Kliniken als Kooperationspartner vorhanden?  
Falls 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](http://www.urologenportal.de))) gelesen und bestätige hiermit mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift