WECU
WEITERBILDUNGS-
CURRICULUM UROLOGIE
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Anmeldung zur Teilnahme als Klinik

Vielen Dank für Ihr Interesse einer 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 die Teilnahme am Programm ist die DGU-Mitgliedschaft.

Kontaktdaten Klinik

Name der Klinik		
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		

BvDU Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. DGU Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. GeSRU

WECU
WEITERBILDUNGS-
CURRICULUM UROLOGIE
der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V.

Angaben zur Weiterbildungsermächtigung

Weiterbildungsermächtigter (m/w/d)		
Titel	Vorname	Name .....
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. Tumortherapie)	
Weitere Weiterbildungsermächtigte	

Klinikprofil

Versorgungstyp der Klinik (Bezeichnung z. B. Regelversorgung, Maximalversorgung)		
Akademisches Lehrkrankenhaus?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, Name der Universität	

Stellenschlüssel Klinik	**Anzahl**
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. Tumortherapie
☐ 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 zur Homepage zusätzlichen Text von Interesse für potenzielle Bewerber anführen)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kooperationspartner Praxis (optional)

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

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?	☐ ja	☐ nein
	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 hiermit mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten.

Ort, Datum	Unterschrift