

## Anmeldung zur Teilnahme als Praxis

Vielen Dank für Ihr Interesse einer 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](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 Praxis 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.

### Kontakt Daten 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 .....		

**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. Tumorthherapie) ..... ..... .....	
Weitere Weiterbildungsermächtigte ..... ..... ..... ..... .....	

**Praxisprofil**

Art der Praxis (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Privatpraxis	<input type="checkbox"/> Belegarztpraxis <input type="checkbox"/> Überörtliche Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Andere Form der Praxis
Andere Form der Praxis (Bezeichnung, ggf. Beschreibung) ..... ..... .....	

Falls Belegarztpraxis (Name der zugehörigen Klinik)	
.....	
.....	
.....	
Straße und Hausnummer	
.....	
ggf. Zusatzangaben, Gebäudeteil	
.....	
Postleitzahl	Ort
.....	.....
Anzahl der Belegbetten (optional)	
.....	
Soll Assistent/in in belegärztlicher Tätigkeit in Belegklinik integriert werden?	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein
<b>Stellenschlüssel Praxis</b>	<b>Anzahl</b>
Fachärzte	.....
Weiterbildungsassistenten	.....

**Tätigkeitsfelder**

Schwerpunkte (Mehrfachnennung möglich, max. 5)	
<input type="checkbox"/> Andrologie <input type="checkbox"/> Infektiologie <input type="checkbox"/> Kinderurologie <input type="checkbox"/> Okologie <input type="checkbox"/> Urolithiasis	<input type="checkbox"/> BPS Management <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Neurogene Blasenfunktionsstörungen <input type="checkbox"/> Proktologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Vorsorge
Spezielles	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

<b>Diagnostik</b>		
<input type="checkbox"/> Dopplersonographie <input type="checkbox"/> PSA- und Hormonlabor <input type="checkbox"/> Spermiogramm <input type="checkbox"/> Urodynamischer Messplatz <input type="checkbox"/> Urinzytologie	<input type="checkbox"/> Mikrobiologisches Labor <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Uroflowmetrie <input type="checkbox"/> Videozystoskopie	
<b>Spezielles</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....		
<b>Ambulantes Operieren?</b> <input type="checkbox"/> Endourologie (z. B. TUR-Blase, URS, Ureterschienen) <input type="checkbox"/> ESWL <input type="checkbox"/> Inkontinenzchirurgie (z. B. Botox-Injektion Blase, TVT) <input type="checkbox"/> Prostatabiopsie <input type="checkbox"/> Hodenoperationen (z. B. Hydrozelen-OP, Spermatozelen-OP, Vasektomie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Spektrum allgemeinen belegärztlichen Operierens (benennen Sie die üblichen Eingriffe)</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....		
<b>Spezielle operative Tätigkeiten, stationär oder ambulant</b> (z. B. Fusionsbiopsie, Refertilisierung, etc.) ..... ..... .....		



**Kooperationspartner Praxis (optional)**

Hat die Praxis eine kooperierende Klinik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, bitte Name und Ort der Klinik angeben ..... ..... ..... .....	
Sind weitere Kliniken als Kooperationspartner vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> 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](http://www.urologenportal.de))) gelesen und bestätige hiermit mein Einverständnis zur Speicherung und Nutzung meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift