

Re-Zertifizierung einer angemeldeten Klinik

Vielen Dank für Ihr fortbestehendes Interesse an der Teilnahme am Weiterbildungscurriculum Urologie.

Wir dürfen Sie nun bitten, den nachstehenden Fragebogen zur Re-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 Re-Zertifizierung Ihrer Klinik am Weiterbildungscurriculum Urologie wird für einen Zertifizierungszeitraum von 5 Jahren eine **Gebühr von 150,00 € zzgl. USt.** erhoben.

Voraussetzung für die Re-Zertifizierung am Programm ist die bestehende DGU-Mitgliedschaft.

1. Kontaktdaten der Klinik

Name der Klinik bzw. Klinikabteilung

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

2. Angaben zu Änderungen seit der letzten Zertifizierung

Weiterbildungsermächtigter

Hat sich der Weiterbildungsverantwortliche geändert?

ja*

nein

Weiterbildungsnachweis

Liegt ein aktueller Weiterbildungsnachweis vor?

ja*

nein

**Bitte fügen Sie den aktuellen Nachweis als PDF- oder Bilddatei bei.*

Klinikprofil

Haben sich Änderungen am Klinikprofil ergeben?

ja*

nein

*Angabe erforderlich

Ausbildung/Weiterbildung

Haben sich hinsichtlich der Ausbildung/Weiterbildung Änderungen ergeben (z. B. strukturierte Weiterbildung, Journal Club, Förderung von Kongress- oder Fortbildungsbesuchen)?

ja*

nein

Praxisjahr und Rotation

Gab es seit der letzten Zertifizierung Änderungen in Bezug auf Praxisjahr und Rotation?

ja*

nein

Fortbildung

Ist die jährliche Freistellung der Assistenten für Modulseminare weiterhin gewährleistet?

ja

nein

Evaluation

Sind Sie mit einer jährlichen Evaluation der Klinik sowie mit der Veröffentlichung auf dem Urologenportal einverstanden?

ja

nein

Kooperationspartner Praxis *(optional)*

Gab es Änderungen bei den Kooperationspartnern im Praxisbereich (hinzugekommen oder weggefallen)?

ja*

nein

Kooperationspartner Klinik *(optional)*

Gab es Änderungen bei den Kooperationspartnern im klinischen Bereich (hinzugekommen oder weggefallen)?

ja*

nein

Sonstige Änderungen seit der letzten Zertifizierung?:

ja*

nein

*Angabe erforderlich

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