

Re-Zertifizierung einer angemeldeten Praxis

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

Wir dürfen Sie nun bitten, den nachstehenden Fragebogen zur Re-Zertifizierung Ihrer Praxis 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 Praxis am Weiterbildungscurriculum Urologie wird für einen Zertifizierungszeitraum von 5 Jahren eine Gebühr von 150,00 € zzgl. USt. erhoben. Für einen Weiterbildungsverbund, bestehend aus einer Klinik und einer Praxis, beträgt die gemeinsame Zertifizierungsgebühr 250,00 € zzgl. USt. für denselben Zeitraum.

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

1. Kontaktdaten der Praxis

Name/Bezeichnung der Praxis

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.*

Praxisprofil

Haben sich Änderungen am Praxisprofil ergeben?

☐

ja*

☐

nein

*Angabe erforderlich

Diagnostikverfahren

Gab es Änderungen bei den angewendeten Diagnostikverfahren?

☐

ja*

☐

nein

Ambulantes Operieren

Haben sich Änderungen beim ambulanten Operieren ergeben?

☐

ja*

☐

nein

Operative Tätigkeiten

Gab es seit der letzten Zertifizierung Änderungen bei speziellen operativen Tätigkeiten (ambulant oder stationär)?

☐

ja*

☐

nein

Zertifizierungen

Sind seit der letzten Evaluierung weitere Zertifizierungen hinzugekommen oder weggefallen? (z. B. EBU, Prostatakarzinom-, Inkontinenzzentrum, ASV-Teilnahme)?

☐

ja*

☐

nein

Kooperationspartner

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

☐

ja*

☐

nein

Sonstige Änderungen seit der letzten Zertifizierung?

☐

ja*

☐

nein

*Angabe erforderlich

3. Weiterbildungsverbund

Wird eine gemeinsame Re-Zertifizierung im Weiterbildungsverbund mit einer Klinik beantragt?

☐

ja*

☐

nein

Falls ja, bitte kooperierende Klinik angeben:

*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