

### Hinweise:

- Ihr Antrag für die DeGIR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Ihr Antrag für die DeGIR-/DGNR-Stufe-1-Zertifizierung kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG, der DeGIR und der DGNR sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. EBIR-Zertifikat als PDF an:  
[zertifizierung@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.de)

## Antrag für die DeGIR-/DGNR-Zertifizierung Stufe 1

Stufe-1-Zertifikat der DeGIR oder  Stufe-1-Zertifikat der DeGIR/DGNR

### Antragsteller:in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Assistenzarzt vorr. bis \_\_\_\_\_ (Datum) Bestätigung über Anlage 1 zum Antrag!

Facharzt  Oberarzt  Chefarzt  \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Privatanschrift (optional): \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung am \_\_\_\_\_  
(Kopie beifügen)

intern:  liegt vor

**Zum Nachweis der Ausbildung in Interventioneller Radiologie (IR)  
bzw. Interventioneller Neuroradiologie (INR) bitte Anlage 1 zum  
Antrag ausfüllen!**

intern:  liegt vor

**Zum Nachweis von Fortbildungskursen zur IR bzw. INR  
bitte Anlage 2 zum Antrag ausfüllen!**

intern:  liegt vor

**Bearbeitungsgebühr:** Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags der Stufe 1 wird eine Bearbeitungsgebühr von 100 Euro (zzgl. MwSt.) erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

**Datenschutzhinweis:** Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DeGIR/DGNR weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: <https://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der DeGIR-Homepage als Stufe-1-Zertifikatsinhaber:in genannt zu werden (Titel, Vorname, Name, Klinik/ Abteilung bzw. Praxis, Klinik- bzw. Praxisort). (Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: [zertifizierung@drg.de](mailto:zertifizierung@drg.de) widerrufen.)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Stufe 1 – Anlage 1**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bestätigung der Chefärztin bzw. des Chefarztes, dass Herr / Frau \_\_\_\_\_

sich in der Facharztausbildung bis zum \_\_\_\_\_ (Datum) befindet.

Folgende Kenntnisse und Fertigkeiten wurden während der Ausbildung in Interventioneller Radiologie (IR) bzw. in Interventioneller Neuroradiologie (INR) erworben hat:

- Durchführung der gemäß aktuell gültiger Weiterbildungsordnung (WBO) erforderlichen Interventionen
- Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse bezüglich der radiologischen Anatomie der Körperregionen, die in der IR bzw. INR eine Rolle spielen
- Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse der klinischen, pathologischen und pathophysiologischen Grundlagen der Erkrankungen, die mittels IR bzw. INR diagnostiziert und therapiert werden
- Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten bezüglich Technik, Indikationen, Kontraindikationen und Ergebnisse aller bildgebenden Verfahren, die im Rahmen der IR bzw. INR eine diagnostische Rolle spielen
- Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse bezüglich der erforderlichen Materialien, Kontrastmittel und Medikamente, die in der IR bzw. INR zur Anwendung kommen
- Erwerb grundsätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten in Sedations- und Analgesie-Verfahren, die in der IR bzw. INR verwendet werden
- Teilnahme an klinisch-radiologischen Konferenzen, in denen IR- bzw. INR-Fälle diskutiert werden

Weitere relevante Kenntnisse und Fertigkeiten:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Name

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Klinikstempel

