

Hinweise:

- Ihr Antrag für die Zertifizierung als DeGIR-Zentrum kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der DeGIR sind.
- Ihr Antrag für die Zertifizierung als DeGIR-/DGNR-Zentrum kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG, der DeGIR und der DGNR sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als PDF an: zertifizierung@drq.de

Antrag für die Zertifizierung als

DeGIR-Zentrum

DeGIR-/DGNR-Zentrum

Beantragt wird die Zentrums-
zertifizierung für:

Beantragt wird die Erweiterung einer bestehenden
Zentrumszertifizierung für:

minimal-invasive Gefäßmedizin (Module A + B)

minimal-invasive Therapien (Modul C)

minimal-invasive Onkologie (Modul D)

minimal-invasive Schlaganfalltherapie (Modul E)

neurovaskuläre Gefäßmalformationen (Modul F)

neurovaskuläre Therapie (Module E und F)

ANTRAGSTELLER:IN (Radiologische:r Leiter:in des Zentrums)

Titel: _____ Vorname: _____ Name: _____

Oberarzt, Chefarzt: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

DIENSTANSCHRIFT

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Webseite: _____

I. NACHWEISE:

a) Personelle Ausstattung (Kopien beifügen)

Unsere Einrichtungen wird von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Radiologie geleitet.

Facharztanerkennung Radiologie am _____ intern: liegt vor

In unserer Klinik sind folgende Fachärzte für Radiologie tätig, die über eine DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Stufe-2-Zertifizierung verfügen. Die Zertifizierung kann nur für diejenigen Module beantragt werden, für die Stufe-2-zertifiziertes Personal an der Einrichtung tätig ist.

Stufe-2-Zertifizierte:r: _____

Zertifizierung in den Modulen: A B C D E F

Stufe-2-Zertifizierte:r: _____

Zertifizierung in den Modulen: A B C D E F

Unsere Einrichtung besitzt die volle oder teilweise Weiterbildungsbefugnis für das Fach Radiologie (bzw. im Modul F: für den Schwerpunkt Neuroradiologie).

Weiterbildungsbefugnis Radiologie erworben am _____ intern: liegt vor

Modul F: Schwerpunkt Neuroradiologie erworben am _____ intern: liegt vor

b) Apparative Ausstattung

Unsere Einrichtung verfügt über folgende umfassende spezielle bildgebende Methoden:

CT/CTA MRT/MRA Ultraschall mit Farbduplexsonographie DSA

Sonstige _____

c) Durchgeführte Interventionen

Nach Modulen aufgeschlüsselte Leistungsstatistik für das letzte volle Kalenderjahr. (Bitte verwenden Sie hierzu ausschließlich die Anlage 1.) intern: liegt vor

d) DeGIR-Qualitätsregister

Unsere Institution nimmt an der QS-Dokumentation der DeGIR teil. intern: liegt vor

e) Ausbildung in IR und INR

Unsere Einrichtung erklärt sich bereit, in den beantragten Modulen an der Ausbildung von Nachwuchskräften mitzuwirken (ggf. im Rahmen von Hospitationen).

f) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Meine/unsere Institution kooperiert mit folgenden zwei Einrichtungen:

Für die Zertifizierung als DeGIR-/DGNR-Zentrum im Modul F können wir nachweisen, dass eine neurochirurgische Klinik vorhanden ist.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Zertifizierung als DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 500,00 Euro (zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt.) erhoben wird. Die Gebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt. Für die Erweiterung einer bestehenden Zentrumszertifizierung wird eine Gebühr in Höhe von 250,00 Euro (zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt.) erhoben.

Ich nehme auch zur Kenntnis, dass die Zertifizierung als DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum befristet auf 5 Jahre erfolgt. Die Re-Zertifizierung erfolgt ohne erneute Antragstellung. Für die Bearbeitung der Re-Zertifizierung fällt eine Gebühr in Höhe von 250,00 Euro an.

Datenschutzhinweis: Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Zentrumszertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DRG weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen: <https://degir.de/datenschutz/>

Ich bin damit einverstanden, dass das DeGIR- bzw. DeGIR-/DGNR-Zentrum nach erfolgter Zertifizierung auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie genannt wird (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Module, Straße, PLZ, Ort).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Klinikstempel

Leistungsstatistik des Instituts/der Abteilung:

des vollen Kalenderjahres _____

Modul A. Gefäßöffnende Verfahren	gesamt	_____
Lyse		_____
PTA		_____
Stent		_____
Endoprothesen		_____
Thrombektomie		_____
_____		_____
_____		_____

Modul B. Gefäßverschießende Verfahren	gesamt	_____
Coils		_____
Flüssigembolisate		_____
Partikel		_____
Plugs		_____
_____		_____
_____		_____

Ort, Datum

Klinikstempel

Unterschrift Antragsteller:in

Anlage 1

Modul C. Diagnostische Punktionen	gesamt	_____
Drainagen		_____
PTCD		_____
Gallenwege		_____
TIPPS		_____
Gastrostomie		_____
Port		_____
_____		_____
_____		_____

Modul D. Onkologische Verfahren	gesamt	_____
TACE		_____
o. a. tumorspezifische Embolisationen		_____
Ablationen		_____
perkutane Tumortherapien		_____
_____		_____
_____		_____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Klinikstempel

Leistungsstatistik des Instituts/der Abteilung:

des vollen Kalenderjahres _____

Modul E. Gefäßöffnende Neuro-Intervention **gesamt** _____

PTA/Stent _____

- der extrakraniellen supraaortalen Arterien _____

- der intrakraniellen Arterien _____

mechanische Rekanalisation beim Schlaganfall _____

lokale Lyse beim Schlaganfall _____

Modul F. Neurovaskuläre Embolisations-behandlungen **gesamt** _____

Embolisation bei intrakraniellen Aneurysmen _____

Vergleichbare Verfahren bei intrakraniellen Aneurysmen _____

Embolisation intrakranieller u. spinaler Gefäßfehlbildungen _____

sonstige intrakranielle Embolisationen _____

Ort, Datum

Klinikstempel

Unterschrift Antragsteller:in