

Deutsche Gesellschaft für Angiologie –
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.
Haus der Bundespressekonferenz
Schiffbauerdamm 40
10117 Berlin

Antrag auf Zulassung als Fortbildungsstätte zur/m Angiologieassistentin/en – DGA

Adresse der Praxis bzw. Klinik:

Supervidierender Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, der **DGA-Mitglied** ist:

(Kopie der Facharztanerkennung beifügen)

Checkliste der Voraussetzungen zur Zulassung als Fortbildungsstätte:

Krankenhaus:

- Zertifizierung als Gefäßzentrum durch die DGA (einschließlich der gemeinsamen Zertifizierung durch DGA, DGG und DRG)
oder
- Schwerpunktabteilung für Internistische Gefäßmedizin/Angiologie
 - Bitte Kopie des Zertifikates oder der Abteilungsbeschreibung beifügen

Praxis:

- Praxis mit angiologischem Schwerpunkt
 - Bitte Kopie der Praxiszulassung
- Betreuung von mindestens 300 Patienten pro Quartal mit angiologischen Krankheitsbildern, darunter mindestens 100 Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit, 100 mit venöser Thromboembolie oder chronischer venöser Insuffizienz und 10 mit chronischen Wunden
 - Bitte Nachweise beifügen, z.B. Abrechnungsunterlagen mit ICD-Nummern
- Vorhaltung der Geräteausstattung und Durchführung der nicht-invasiven angiologischen Diagnostik
 - Messung der systolischen Knöchelarteriendrucke
(Gerätetyp: _____)

- Messung der Zehenarteriendrücke
(Gerätetyp: _____)
- Akrale Lichtplethysmografie und Pulsoszillografie
(Gerätetyp: _____)
- Segmentale Pulsoszillografie oder alternativ cw-Dopplersonografie
(Gerätetyp: _____)
- Venenverschlussplethysmografie
(Gerätetyp: _____)
- Farbduplexsonografie
(Gerätetyp: _____)

Werden einzelne Untersuchungsverfahren in der Praxis nicht vorgehalten können die Kenntnisse im Rahmen einer Rotation in eine andere Praxis oder ein Gefäßzentrum erworben werden.

Angabe des Untersuchungsverfahrens und der kooperierenden Praxis oder des kooperierenden Gefäßzentrums, in dem dieses erlernt werden soll.

Bei Rückfragen: info@dga-gefaessmedizin.de

Datum, Name und Unterschrift des Antragstellers (Praxisinhaber bzw. Leiter der angiologischen Abteilung/Klinik)

- Nicht ausfüllen -
Prüfung durch Kommission für Fort- und Weiterbildung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie

Praxis / Klinik erfüllt Voraussetzung als Fortbildungsstätte

- vollständig
- teilweise, unter folgenden Auflagen:

Datum, Name, Unterschrift

- Zulassungsbestätigung verschickt, Datum, Unterschrift