

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG „HERZSCHRITTMACHER-, ICD- UND CRT-THERAPIE“



Deutsche Gesellschaft  
für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V.  
Herrn Dr. Andreas Beckmann  
Geschäftsführer

E-Mail: [weiterbildung@dgthg.de](mailto:weiterbildung@dgthg.de)

Hiermit beantrage ich die

Datum der letzten Zertifizierung\*:

**ERST-ZERTIFIZIERUNG**

bzw.

**RE-ZERTIFIZIERUNG:**

für das **Zertifikat „Herzschrittmacher, ICD- und CRT-Therapie“** der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. für einen Zeitraum von 5 Jahren.

Name\*:

Vorname\*:

Geschlecht\*:

weiblich  männlich

Geb.-Datum\*:

Akademischer Grad\*:

Dienststellung\*:

## Dienstanschrift

Klinik/Praxis\*:

Abteilung\*:

Straße Hausnummer\*:

Telefon\*:

PLZ Ort\*:

Mobil\*:

E-Mail\*:

## Privatanschrift

Straße Hausnummer\*:

Telefon\*:

PLZ Ort\*:

Mobil\*:

E-Mail\*:

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

## „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“



### Voraussetzungen\*:

- Anerkennung FÄ/FA für Herzchirurgie
- Anerkennung FÄ/FA für Chirurgie mit der Facharztkompetenz Herzchirurgie oder
- Anerkennung FÄ/FA für Chirurgie mit oder ohne Schwerpunkt Gefäß oder Thoraxchirurgie oder
- Anerkennung FÄ/FA für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Kardiologie
- Ausnahmefall: Anerkennung FÄ/FA anderer Fachgebiete (Sicherstellung der Patientenversorgung regional anders nicht möglich), Mindestvoraussetzung: eine mindestens sechsmonatige Weiter-/Fortbildung in einer Institution, die den Kriterien „Qualifikation des Ausbilders“ entspricht.

### Leistungskatalog\*:

#### 1.) Nachweise für eine ERST-ZERTIFIZIERUNG:

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
<b>Modul 1:</b> Transvenöse Schrittmacherimplantationen als Operateur*in unter Anleitung/Assistenz eines qualifizierten Fortbildungsberechtigten, davon:  Zweikammersysteme  Aggregatwechsel	<b>75</b>		
	<b>40</b>		
	<b>25</b>		
Kontrolle von Schrittmachersystemen, einschließlich Programmierung, davon:  bei Zweikammer- und frequenzadaptiven Systemen	<b>250</b>		
	<b>125</b>		
<b>Modul 2:</b> Transvenöse ICD-, CRT- und/oder CCM-Systemimplantationen  Aggregatwechsel bei ICD-, CRT- und oder CCM-Systemen  Kontrollen von ICD- und/oder CRT-Systemen einschließlich Programmierung  Kenntnisse der Implantation von epimyokardialen Sonden	<b>35</b>		
	<b>10</b>		
	<b>80</b>		
			<input type="checkbox"/>
<b>Modul 3:</b> Revisionen von Herzschrittmacher-, ICD- und/oder CRT-Systemen  Kenntnisse der Implantation, Revision oder Entfernung von epimyokardialen Sonden	<b>40</b>		
			<input type="checkbox"/>

#### 2.) Nachweise für eine RE-ZERTIFIZIERUNG (Eingriffe/Kontrollen in den letzten 5 Jahren):

	Mindest- anforderung	Exakte Anzahl**	
		Operateur*in	1. Ass.
<b>Modul 1:</b> Selbstständig durchgeführte Schrittmacherimplantationen  Schrittmacherkontrollen	<b>125</b>		
	<b>125</b>		
<b>Modul 2:</b> Selbstständig durchgeführte transvenöse ICD-, CRT- und/oder CCM- Systemimplantationen  ICD- und/oder CRT- Kontrollen	<b>60</b>		
	<b>60</b>		
<b>Modul 3:</b> Selbstständig durchgeführte Revisionseingriffe bei Herzschrittmacher-, ICD- und/oder CRT-Systemen	<b>50</b>		

\*) Pflichtfelder

\*\*) > oder ca.-Angaben sind unzulässig

# ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG

## „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“



**Nur bei ERST-ZERTIFIZIERUNG** – sind die folgenden Unterlagen diesem Antrag beizufügen:

- Curriculum Vitae
- Facharzt\*in-Urkunde(n)
- OP-Katalog (Tabellarisch, Anzahl Eingriffe nach Kategorien)
- Zeugnisse zur Weiter-/Fortbildung
- Liste der Publikationen

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß sind, garantiere die aktuelle Erfüllung aller Kriterien für das Zertifikat „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“ und bin in diesem Fachbereich herzchirurgisch tätig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)