



Hinweise:

- Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der DRG und der AG Muskuloskeletale Radiologie sind.
- Bitte senden Sie Ihren Antrag inkl. Nachweise als eine PDF-Datei in der richtigen Reihenfolge an: zertifizierung@drg.de

Antrag auf Zertifizierung als DRG-Zentrum für Muskuloskeletale Radiologie

I. ANTRAGSTELLER/-IN (Radiologische Leitung des Zentrums)

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Mitgliedschaft DRG AG Muskuloskeletale Radiologie

Q2-zertifiziert seit: _____

Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Homepage: _____



II. NACHWEISE

a) Bildgebende Verfahren und Interventionen

Bitte geben Sie an, welche der folgenden medizinischen Verfahren in Ihrem Zentrum angewendet werden:

MRT	CT	Projektionsradiographie
Ultraschall (optional)		Interventionen (optional)

b) Untersuchungszahlen

Relevant sind die dokumentierten Zahlen aus einem 12-monatigen Zeitraum, der bei Antragstellung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt (mindestens 7.000 muskuloskeletale Untersuchungen pro Jahr, davon mindestens 1.750 MRT-Untersuchungen).

Nachweis bitte durch Bescheinigung des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten (**Anlage 1**) aus dem relevanten Zeitraum beifügen.

Die Untersuchungszahlen müssen auf Anfrage durch RIS-Auszüge oder anonymisierte Befunde belegt werden können.

intern: liegt vor

c) Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Voraussetzung für die Zertifizierung sind eine Kooperation mit der Orthopädie und/oder Unfallchirurgie sowie ein regelmäßiger interdisziplinärer Austausch.

Bitte geben Sie einen Kooperationspartner aus der Orthopädie / Unfallchirurgie an.

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Homepage: _____



Bitte machen Sie hier Angaben zum interdisziplinären Austausch an Ihrer Einrichtung.

Regelmäßige interdisziplinäre Konferenzen

Häufigkeit der Konferenzen: _____

Termin der letzten Konferenz: _____

und/oder

Interdisziplinäre Routinebefundung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Zertifizierung von Zentren durch die AG Muskuloskeletale Radiologie in der DRG befristet auf 5 Jahre erfolgt. Frühestens 6 Monate vor Ablauf dieser Frist kann bei der Geschäftsstelle der DRG eine Rezertifizierung für weitere 5 Jahre beantragt werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Zertifizierung von Zentren eine Zertifizierungsgebühr in Höhe von 500,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben wird. 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 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://www.drg.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum nach erfolgter Zertifizierung auf der Homepage der AG Muskuloskeletale Radiologie als Zentrum für Muskuloskeletale Radiologie genannt wird (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Straße, PLZ, Ort).

Ort, Datum

Klinikstempel, Unterschrift Antragsteller/-in

Antrag auf Zertifizierung als DRG-Zentrum Muskuloskeletale Radiologie – Anlage 1

Bescheinigung über muskuloskeletale Untersuchungen

Bei Chefärztinnen und Chefarzten oder Praxisinhaberinnen und -inhabern werden Selbstbescheinigungen akzeptiert.

Wir bestätigen die Durchführung der folgenden muskuloskelettalen Untersuchungen in unserer Einrichtung:

Dokumentierter Zeitraum (MM/JJJJ – MM/JJJJ):	
Gesamtzahl aller Untersuchungen:	
– davon Zahl der MRT-Untersuchungen:	
– davon Zahl der CT-Untersuchungen:	
– davon Zahl der Projektionsradiographien:	

Name des radiologischen Chefarztes / Einrichtungsleiters / Weiterbildungsermächtigten

Ort, Datum

Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift