

Antrag auf Rezertifizierung als DRG-Zentrum für Muskuloskeletale Radiologie

im Rahmen des Zertifizierungssystems der AG Muskuloskeletale Radiologie der
Deutschen Röntgengesellschaft e.V.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen in der richtigen Reihen-
folge als eine PDF-Datei an: zertifizierung@drq.de

I. ANTRAGSTELLER/-IN

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Mitgliedschaft DRG AG Muskuloskeletale Radiologie

Q2-zertifiziert seit: _____

Geschäftsstelle: geprüft

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

II. NACHWEISE

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):

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

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

Geschäftsstelle: geprüft

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Rezertifizierung 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 erneute Rezertifizierung für weitere 5 Jahre beantragt werden.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass für die Rezertifizierung von Zentren eine Rezertifizierungsgebühr in Höhe von 250,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben wird. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

Mir ist bewusst, dass die von mir eingereichten Antragsunterlagen zur Bearbeitung an eine/n Gutachter/in der DRG weitergeleitet werden. Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten Email-Anhangs zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit per Email an zertifizierung@drg.de widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum nach erfolgter Rezertifizierung 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