

Bitte füllen Sie alle Felder aus! Das ausgefüllte Formular senden Sie bitten mit den notwendigen Bescheinigungen an die Geschäftsstelle der AGUB. Vielen Dank!

Re - Zertifizierung nach Stufe AGUB I Facharzt



Geschäftsstelle der AGUB e.V.
Hainbuchenstr. 47
82024 Taufkirchen

Persönliche Daten

Ihre Mitgliedsnummer:	
Anrede:	
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Arbeitsstätte/Adresse

Klinik/Praxis:	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Tel:	
Fax:	
Mobil:	
E-Mail:	
Studium:	
Promotion:	

FA-Weiterbildung:	(Bitte fügen Sie die Kopie Ihrer Facharzturkunde für Gynäkologie und Geburtshilfe bei)
weiterer beruflicher Werdegang	
derzeitige Stellung	

Forschung und Lehre

Bitte nennen Sie 6 spezifische Veranstaltungen, davon mindestens 3 zertifizierte durch nationale oder internationale Gesellschaften, an denen Sie teilgenommen haben.

Veranstaltung/wissenschaftlicher Leiter	Nationale oder internationale Gesellschaften
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Die Kopien der Teilnahmebescheinigungen sind zwingend beizulegen.

Konservative Therapien

Anzahl der durchgeführten konservativen Therapien bei Inkontinenz davon in den Jahren:	insgesamt 50
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	

10 anonymisierte Beispiele sind zwingend beizulegen.

Anzahl der durchgeführten konservativen Therapien bei Dezensus genitalis davon in den Jahren:	insgesamt 50
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	

10 anonymisierte Beispiele sind zwingend beizulegen.

Diagnostik

Anamnese, klinische Untersuchung der Harninkontinenz und des Deszensus davon in den Jahren	Mind. 100
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	

100 urogynäkologische Sonographien incl. Nephro-Sonographie und Restharnbestimmung davon in den Jahren (Bilder sollten nach Anforderung vom Gutachter vorgelegt werden können)	
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	

10 anonymisierte Originale oder erkennbare Kopien sind zwingend beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift