

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 II Facharzt mit Zusatzqualifikation



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

### Persönliche Daten

<b>Ihre Mitgliedsnummer:</b>	
<b>Anrede:</b>	
<b>Titel:</b>	
<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	

### Arbeitsstätte/Adresse

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

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

### **Forschung und Lehre**

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

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

**Die Kopien der Teilnahmebescheinigungen sind zwingend beizulegen.**

### **Therapien**

**Nachweis der Tätigkeit im Bereich Urogynäkologie mit konservativer und/ oder operativer Ausrichtung (Schwerpunktpraxis, Kontinenz- und Beckenbodenzentrum).**

Erfahrungen mit Harninkontinenz- und Prolapsoperationen Indikationsstellung und die Operationen sollen den aktuell gültigen Leitlinien entsprechen.	<b>insgesamt 300</b>
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

**Oder**

Erfahrungen mit konservativen Therapien (KV-Sammelnachweis, je 10 Einzelnachweise pathologischer Fälle)	<b>insgesamt 600</b>
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

**und**

Erfahrungen mit urodynamischen Untersuchungen (KV-Sammelnachweis, je 10 Einzelnachweise pathologischer Fälle).	<b>insgesamt 600</b>
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

### **Diagnostik**

**Supervision von urodynamischen Untersuchungen (Zystometrie, Urethradruckprofilmessung), urogynäkologische Sonographie**

Urodynamischer Befundbericht mit Ultraschalldiagnostik (10 Einzelnachweise pathologischer Fällen)

---

Ort, Datum

Unterschrift