

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

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	

Weiterbildungskurse der AGUB (Kursdauer jeweils 2 Tage)

Grundkurs	
vom:	bis:
wissenschaftliche Leitung:	
Weiterbildungskurs	
vom:	bis:
wissenschaftliche Leitung:	

Die Kopien der Teilnahmebescheinigungen sind zwingend beizulegen.

Konservative Therapien

Anzahl der durchgeführten konservativen Therapien bei Inkontinenz davon in den Jahren:	insgesamt 50
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

Anzahl der durchgeführten konservativen Therapien bei Dezensus genitalis davon in den Jahren:	insgesamt 50
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

Diagnostik

Anamnese, klinische Untersuchung der Harninkontinenz und des Deszensus davon in den Jahren	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

100 urogynäkologische Sonographien incl. Nephro-Sonographie und Restharnbestimmung davon in den Jahren (Bilder sollten nach Anforderung vom Gutachter vorgelegt werden können)	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	
2010	

Ort, Datum

Unterschrift