

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>	

### **Teilnahme an wissenschaftlichen urogyn. Kongresse**

Bitte nennen Sie 6 spezifische wissenschaftliche urogyn. Kongresse 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**

z.B. AGUB-Kongress, Dt. Kontinenzgesellschaft, Urologie, IUGA, ICS  
(FOG, Endoskopie, etc. nur bedingt)

### **Mitglied internat. urogyn. Gesellschaften**

--

(z.B. IUGA, ICS, EUGA)

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

## Operative Therapien

Erfahrungen mit Harninkontinenz- und Prolapsoperationen Indikationsstellung und die Operationen sollen den aktuell gültigen Leitlinien entsprechen.	<b>insgesamt 300</b>
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	

### **Dazu Sammelstatistik ist zwingend beizulegen**

z.B. EDV-Ausdruck des Praxis- oder Klinikdokumentationssystems

### **davon**

Anzahl der durchgeführten Eingriffe in den Entitäten	<b>Jeweils min. 10 Eingriffe</b>
Kolposuspension	
suburethrale Schlingen-Operationen	
sakrospinale Fixation	
Kolporraphie	
Kolpopexie	

### **10 anonymisierte Operationsberichte sind zwingend beizulegen.**

Bitte reichen Sie nur urogynäkologische Operationen ein, die selbstständig durchgeführt oder letztverantwortlich assistiert durchgeführt wurden

Falls vorhanden: **Konservative Therapien**

Erfahrungen mit konservativen Therapien	<b>insgesamt 600</b>
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	

### **10 spezifische Fälle sind zwingend beizulegen.**

## **Diagnostik**

Urodynamische Untersuchungen (Zystometrie, Urethradruckprofilmessung, Uroflow)	<b>insgesamt 600 Supervisionen</b>
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	

### **10 anonymisierte Beispiele sind zwingend beizulegen.**

Urogynäkologische Sonographien (pathologische Fälle)	Insgesamt 200 selbst durchgeführt
2016	
2015	
2014	
2013	
2012	
2011	

**10 anonymisierte Beispiele oder erkennbare Kopien sind zwingend beizulegen.**

---

Ort, Datum

Unterschrift