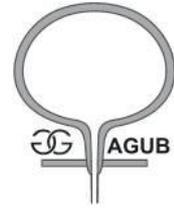


Bitte füllen Sie alle Felder aus! Das ausgefüllte Formular senden Sie bitten mit den notwendigen Bescheinigungen an die Geschäftsstelle der AGUB. Herzlichen Dank!

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

Klink/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
2019	
2018	
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	

10 anonymisierte Beispiele sind zwingend beizulegen.

Anzahl der durchgeführten konservativen Therapien bei Dezensus genitalis davon in den Jahren:	insgesamt 50
2019	
2018	
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	

10 anonymisierte Beispiele sind zwingend beizulegen.

Die konservativen Therapien können durch eine Bescheinigung des Ausbilders (>= AGUB II) nachgewiesen werden. Bitte legen Sie hierzu Ihrem Antrag ein Schreiben bei.

Diagnostik

Anamnese, klinische Untersuchung der Harninkontinenz und des Deszensus davon in den Jahren	Mind. 100
2019	
2018	
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	

Urogynäkologische Sonographien incl. Nephro-Sonographie und Restharnbestimmung davon in den Jahren (Bilder sollten nach Anforderung vom Gutachter vorgelegt werden können)	Mind. 100
2019	
2018	
2017	
2016	
2015	
2014	
2013	

10 anonymisierte Originale oder erkennbare Kopien sind zwingend beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift