

# Antrag Konservatives Master-Zertifikat



Name

Geplanter Abschluss

Ort/Datum

An das Sekretariat der DWG  
Deutsche Wirbelsäulengesellschaft e.V.  
Innungsstraße 5  
21244 Buchholz in der Nordheide  
z-antraege@dwg.org

Name, Vorname, Titel

Dienstadresse  
Telefon, E-Mail

Privatadresse  
Telefon, Mobiltelefon

Geburtsdatum und -ort

Derzeitige Position/ seit

Studium Studienfach  
Universität von/bis

Promotion, Datum  
Thema der Dissertation

Facharztanerkennung für  
Datum

Zusatzbezeichnung/en für  
Datum / LÄK

Zusätzliche Qualifikationen  
Datum

Habilitation, Datum  
Thema der Habilitation

Urkunde Konservatives  
Basiskurs-System, Datum

# Antrag Konservatives Master-Zertifikat (Seite 2)



Name

Tätigkeit an einer Spezialklinik für konservative Wirbelsäulentherapie

Name der Spezialklinik: .....

Zeitraum: .....

Qualifikation der Klinik  stationäre multimodale Therapie (OPS 2016 8-918)

stationäre multimodale Therapie (OPS 2016 8-977)

Qualifikation Manuelle Medizin:

Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie (Datum / LÄK) .....

Grundkurs manuelle Medizin nach dem Kursbuch der Bundesärztekammer (120 Stunden)

Leistungen des  
Krankenhauses auf dem  
Wirbelsäulensektor  
(vergangene 3 Jahre)

Ein Lebenslauf ist diesem Schreiben beigelegt. Weiterhin ist ein Zeugnis über die Tätigkeit beigelegt. Es ist erforderlich, die exakten, eigenen Leistungen und die exakten Leistungen des Krankenhauses der letzten drei Jahre numerisch anzugeben. Angaben wie z.B. > 500, „ausreichend“ oder „erfüllt“ werden nicht akzeptiert. Die WB-Kommission behält sich bei einer unklaren Situation die Einsichtnahme in die geeigneten Nachweise vor.

Persönliche Bemerkungen

Mit meiner **Unterschrift** bestätige ich persönlich,  
dass die Leistungen von mir erfüllt wurden.

Datum

Name **Persönliche Leistungszahlen**

Insgesamt gibt es sieben Kategorien, von welchen fünf für die Anerkennung der geforderten Leistungszahlen zu erbringen sind.

**1. Kategorie**

<b>Wirbelsäulenbehandlungen</b>	<b>Richtwert gesamt</b>	<b>Anzahl</b>
Konservative stationäre Wirbelsäulenbehandlungen mit einem mehrdimensionalen Therapiekonzept, d. h. mind. Behandlungstage mit interdisziplinärer Teambesprechung und/oder Abrechnung einer der Komplexziffern (8-918; 8-977; 8-983, 8-563)	250	

**2. Kategorie**

<b>Wirbelsäulennahe Infiltrationen</b>	<b>Richtwert gesamt</b>	<b>Anzahl</b>
	250	
Davon mindestens		
Epidurale oder periradikuläre Therapien	100	
Injektionen von Facettengelenken aller Regionen des Stammskelettes	100	

**3. Kategorie**

<b>Reflextherapien</b>	<b>Richtwert gesamt</b>	<b>Anzahl</b>
Reflextherapien (manuelle Therapie, Akupunktur, physikalische Therapien, Neuraltherapien)	250	

**4. Kategorie**

<b>Pharmakotherapien</b>	<b>Richtwert gesamt</b>	<b>Anzahl</b>
Leitliniengerechte spezifische Pharmakotherapien bei chronischen Schmerzpatienten	250	

# Antrag Konservatives Master-Zertifikat (Seite 4)



Name

## 5. Kategorie

Behandlungsplanungen	Richtwert gesamt	Anzahl
Indikations- und konservative Behandlungsplanungen der Wirbelfraktur	100	

## 6. Kategorie

Behandlungsplanungen	Richtwert gesamt	Anzahl
Indikations- und konservative Behandlungsplanungen bei Wirbelsäulendeformitäten (Skoliose, Kyphose)	20	

## 7. Kategorie

Behandlungsplanungen	Richtwert gesamt	Anzahl
Indikations- und konservative Behandlungsplanungen der Spondylodiszitis	20	

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Abteilungsleiter

Datum

Die Kategorien 1, 3, 4, 5, 6 können über den Nachweis der Controlling-Zahlen dokumentiert werden. Die Kategorie 2, insbesondere der Nachweis von BV- oder CT-gestützten Infiltrationen, sind durch Logbuch des Röntgengerätes oder durch OP-Berichte zu dokumentieren. Alle eingereichten Leistungszahlen sollten in dem Zeitraum der vergangenen drei Jahre ab dem Zeitpunkt der Antragstellung absolviert worden sein.

**Hinweis: Bitte nur vollständig auf der Folgeseite unterschriebene Anträge einsenden.**

## Antrag Konservatives Master-Zertifikat (Seite 5)



Name

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft sämtliche meiner in diesem Antrag genannten personenbezogenen Daten verarbeitet.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass Zweck der Datenverarbeitung die Bearbeitung meines Antrags ist und meine personenbezogenen Daten an Gutachter zur Prüfung des Antrages hinsichtlich der Bewilligung eines persönlichen Zertifikates weitergeleitet werden.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass der Widerruf meiner Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs nicht berührt und nur für die Zukunft wirkt. Mir ist auch bekannt, dass die Bearbeitung meines Antrags ohne die Verarbeitung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten nicht abschließend möglich ist.

Unterschrift\*

Ort, Datum

Mit nachstehender Unterschrift beantragen Sie das konservative Master-Zertifikat.

Unterschrift Antragsteller\*

Datum

**\* Bitte nur vollständig unterschriebene Anträge einsenden.**

**Hinweis: Bitte alle Antragsunterlagen ausschließlich in digitaler Form einsenden.**