

# Antrag Master-Zertifikat



Name

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

Zusätzliche Qualifikationen  
Datum

Habilitation, Datum  
Thema der Habilitation

Basis-Zertifikat  
Datum

# Antrag Master-Zertifikat (Seite 2)



Name

Operationskatalog

Bitte füllen Sie Seite 3 dieses Antrags komplett aus.

Zusätzliche Angaben

Zusätzliche Angaben

Zusätzliche Angaben

Zusätzliche Angaben

**Advanced Kurs Theorie**

**Advanced Kurs -  
Live Tissue Training**

Leistungen des  
Krankenhauses auf dem  
Wirbelsäulensektor  
(vergangene 3 Jahre)

Es wird um eine numerisch geführte, vom Antragsteller unterzeichnete Übersicht des OP-Leistungskataloges des Krankenhauses mit den detaillierten Angaben der durchgeführten Wirbelsäuleneingriffe (DRG-Fälle oder OPS-Codes) der vergangenen drei Jahre gebeten.

Ein Lebenslauf ist diesem Schreiben beigefügt. Weiterhin ist ein Zeugnis über die **aktuelle** Tätigkeit beigefügt, sowie die Teilnahmebestätigungen der Advanced Kurse. Es ist erforderlich, die exakten, eigenen Operationsleistungen 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 operativen Leistungen von mir erfüllt wurden.

Datum

Name

### 1. Percutane Verfahren

Operation	Richtwert Gesamt	Summe aus Selbstständig und Assistenz	Richtwert Selbstständig	Selbstständig	Richtwert Assistenz	Assistenz
z.B. zementaugmentierte Stabilisation, Biopsie	40		20		20	

### 2. Operative Verfahren bei degenerativen Erkrankungen unter Ausschluss percutaner Verfahren

Nukleo-, Sequestrektomie	30		20		10	
Dekomp. Methoden	30		20		10	
Instrumentierte BWS/ LWS-Eingriffe	40		25		15	
Instrumentierte HWS-Eingriffe	20		10		10	
<b>Teilsumme</b>	<b>120</b>		<b>75</b>		<b>45</b>	

### 3. Instrumentierte Verfahren spezieller Erkrankungen unter Ausschluss percutaner Verfahren

Instrumentierte Fusion bei Tumoren	10		5		5	
Instrumentierte Fusion bei Frakturen	20		10		10	
Instrumentierte Fusion bei Deformitäten *1	15		0		15	
Operative Behandlung intraduraler Pathologien *1	10		0		10	
<b>Teilsumme</b>	<b>55</b>		<b>15</b>		<b>40</b>	

<b>Gesamtsumme</b>	<b>215</b>		<b>110</b>		<b>105</b>	
Davon dors.Zugänge	155		80		75	
Davon ventr. Zugänge	60		30		30	

Unterschrift Antragsteller

Datum

Unterschrift Abteilungsleiter

Datum

\*1 Reichen Sie zu diesen Verfahren anonymisierte OP Berichte genau nach Richtwert mit dem Antrag zusammen ein.

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

## Antrag Master-Zertifikat (Seite 4)

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 Master-Zertifikat.

Unterschrift Antragsteller\*

Datum

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

### **WICHTIGE HINWEISE:**

Bitte reichen Sie nur vollständige Anträge, ausschließlich digital und zusammengefasst in einer pdf-Datei bei der DWG ein. Bitte berücksichtigen Sie dabei die Reihenfolge der Antragsunterlagen auf der [Checkliste](#).

Bei nicht formgerechter Einreichung behält sich die DWG vor, die Unterlagen unbearbeitet zurückzusenden.