

Antrag für die Anerkennung als ÖGIR/ÖGNER - Ausbilder

Bitte schicken Sie den Antrag mit den erforderlichen Nachweisen an:

ÖGIR
Neutorgasse 9/6
1010 Wien

Beantragt wird die Anerkennung als Ausbilder in:

(Bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

- Modul A
- Modul B
- Modul C
- Modul D
- Modul E
- Modul F

Ihr Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn Sie Mitglied der ÖGIR sind.

Die Teilnahme Ihrer Institution an der Qualitätssicherungs-Dokumentation der ÖGIR ist zwingend erforderlich.

Modul A: Gefäß eröffnende Verfahren inkl. Lyse, PTA, Stent, Endoprothesen, Thrombektomie etc.

Modul B: Gefäß verschliessende Verfahren inkl. Coils, Flüssigembolisate, Partikel, Plugs etc.

Modul C: diagnostische Punktionen, Drainagen, PTCD, Gallenwege, TIPPS, Gastrostomie, Port etc.

Modul D: onkologische Verfahren inkl. TACE oder andere Tumor spezifische Embolisierungen, Ablationen, perkutane Tumortherapien.

Modul E: Gefäß eröffnende Neuro-Interventionen (PTA/Stent) der extrakraniellen supraaortischen Arterien. PTA/Stent der intrakraniellen Arterien, mechanische Rekanalisation beim Schlaganfall, lokale Lyse beim Schlaganfall

Modul F: neurovaskuläre Embolisationsbehandlungen (Embolisation und vergleichbare Verfahren bei intrakraniellen Aneurysmen, Embolisation intrakranieller und spinaler Gefäßmißbildungen, sonstige intrakranielle Embolisierungen)

Auszug aus dem ÖGIR / ÖGNER Qualifizierungskonzept

Klinisch-radiologische Einrichtungen werden als Qualifizierungsstätte für IR und INR zertifiziert, wenn sie im Besonderen die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

1. Leitung der Qualifizierungsstätte durch einen Arzt / Ärztin mit ÖGIR-bzw. ÖGNER-zertifizierter Qualifizierung in mindestens einem der 6 thematischen Module; dieser Nachweis kann auch durch einen der Leitung nachgeordneten, qualifizierten Facharzt erbracht werden
2. volle oder teilweise Ausbildungsbefugnis im Sonderfach Radiologie
3. Teilnahme an der DeGIR/ÖGIR-QS-Dokumentation
4. Vorlage einer Beschreibung der Strukturen der Qualifizierungsstätte sowie einer Leistungsstatistik aufgeschlüsselt nach den 4 thematischen Modulen; der Statistik soll zu entnehmen sein, dass die Qualifizierungs-Stätte in der Lage ist, eine hinreichende praktische Qualifizierung durchzuführen.

Sofern in einer Institution mehrere Ausbilder an der Qualifizierung in interventioneller Radiologie beteiligt sind, reicht 1 Antrag.

Angaben zum Antragsteller 1

Titel:

- Dr.
- Prof.
- Priv.-Doz.
- Herr
- Frau

Name: _____

Vorname: _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Assistenzarzt Oberarzt Primarius Sonstige _____
(bitte Funktion ergänzen)

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift:

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Facharztanerkennung am: _____
(bitte Kopie beifügen)

**Bitte legen Sie die
entsprechenden Kopien
bei!**

aktuelle Weiterbildungsbefugnis erteilt durch Ärztekammer
(bitte Kopie der Urkunde beifügen)

ÖGIR-Stufe 2 – Qualifizierung wurde bereits erworben in Modul:
(bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

A B C D E F

(Vor der Bearbeitung des Antrages Ausbilderanerkennung muss ÖGIR-intern der Antrag Stufe 2 akzeptiert sein.
Separate Anträge auf ÖGIR Stufe 2 und Ausbilderanerkennung können **gleichzeitig** gestellt werden.)

Angaben zum Antragsteller 2

Titel:

- Dr.
- Prof.
- Priv.-Doz.
- Herr
- Frau

Name: _____

Vorname: _____

Dienstanschrift:

Klinik/Praxis: _____

Abteilung: _____

Assistenzarzt Oberarzt Primarius Sonstige _____
(bitte Funktion ergänzen)

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Privatanschrift:

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mobil: _____

Facharztanerkennung am: _____
(bitte Kopie beifügen)

**Bitte legen Sie die
entsprechenden Kopien
bei!**

aktuelle Weiterbildungsbefugnis erteilt durch Ärztekammer
(bitte Kopie der Urkunde beifügen)

ÖGIR-Stufe 2 – Qualifizierung wurde bereits erworben in Modul:

(bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)

A B C D E F

(Vor der Bearbeitung des Antrages Ausbilderanerkennung muss ÖGIR-intern der Antrag Stufe 2 akzeptiert sein. Separate Anträge auf ÖGIR Stufe 2 und Ausbilderanerkennung können **gleichzeitig** gestellt werden.)

Meine/unsere Institution nimmt seit _____ an der QS-Dokumentation der ÖGIR/DeGIR teil.

Bitte dem Antrag beifügen:

- Beschreibung der Strukturen der Qualifizierungsstätte

Nach den Modulen aufgeschlüsselte (anonymisierte) Leistungsstatistik für das letzte volle Kalenderjahr

Auszug aus dem ÖGIR / ÖGNR Qualifizierungskonzept E Anforderungen an Qualifizierungsstätten für IR und INR

Praktische Ausbildung in IR und INR kann sowohl durch die Tätigkeit in der eigenen Einrichtung als auch durch Hospitationen in Fremdeinrichtungen erworben werden. Einrichtungen, die die praktische Ausbildung in IR und INR anbieten, sind im Allgemeinen in radiologischen bzw. neuroradiologischen Abteilungen oder Instituten in Kliniken oder Krankenhäusern möglich. Neben der IR bzw. INR müssen aktive klinische Strukturen existieren, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der IR bzw. INR unter anderem mittels turnusmäßiger, fachübergreifender Fallbesprechungen pflegen (z.B. Gefäßchirurgie, Angiologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Kardiochirurgie, Neurologie, Neurochirurgie, Gynäkologie, Anästhesie etc.).

Die IR bzw. INR sollte an der ambulanten und stationären klinischen Patientenversorgung im Rahmen der IR-bzw. INR-Eingriffe wesentlich beteiligt sein. Die Supervision in IR bzw. INR sollte durch ein Mitglied der ÖGIR/ÖGNR erfolgen. Die Einrichtung sollte über umfassende spezielle bildgebende Methoden verfügen, insbesondere z.B. Volumen-CT/CTA, MRT/MRA, Farbduplexsonographie und DSA. Es sollte eine Bibliothek mit speziellem Lehrmaterial (Bücher, Fachzeitschriften, elektronische Lernhilfen o.ä.) zur Verfügung stehen. **Das Eingriffsspektrum der in der Einrichtung angebotenen IR- bzw. INR-Verfahren sollte über Statistiken aus der DeGIR/ÖGIR-QS-Software heraus in anonymisierter Form transparent sein.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller 1