

Formular "KPA" – Antragsformular

▼ A Antragstellung (Klicken zum Ein-Ausklappen)

Hiermit beantrage ich das Zertifikat Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz gemäß dem *Curriculum Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz* der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK), publiziert in *Der Kardiologe* 2022 (DOI 10.1007/s12181-021-00519-z). Die konkreten Kriterien sind diesem Antrag zu entnehmen. Er bildet die konkrete Grundlage zur Bewertung des Antrages.*

Mit diesem Antrag bestätige ich, dass ich alle unten aufgeführten Anforderungen erfülle.*

Ich bestätige, dass ich das Curriculum Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz, sowie alle weiteren veröffentlichten Informationen, <https://assistenzpersonal.dgk.org/weiterbildung-kardiologischer-praeventionsassistentin/>, zur Kenntnis genommen habe.*

Mir ist bekannt, dass die etwaige Anerkennung *Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz* unbefristet erfolgt.

Die Bearbeitung des Antrags erfolgt nach Eingang der Bearbeitungsgebühr i. H. v. 50 € zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer. Die Gebühr ist nach Erhalt der von der DGK übersandten Rechnung unter Angabe der Rechnungsnummer binnen 14 Tagen zu überweisen.*

Mir ist bekannt, dass im Fall einer Ablehnung meines Antrags, bedingt durch fehlende Nachweise oder mangelnde Voraussetzungen, kein Anspruch auf Rückerstattung der gezahlten Bearbeitungsgebühr besteht.*

Mir ist bekannt, dass die DGK Nachforderungen stellen kann, sollten die Unterlagen unvollständig sein oder Zweifel bestehen.*

Recht und Gerichtsstand:

Gerichtsstand für alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit der *Zertifizierung der Kardiovaskulären Präventions-Assistenz* ist Düsseldorf (Deutschland). Es findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.*

A Kriterien Kandidat

1. *Erfolgreiche Teilnahme an einem Ausbildungskurs "Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz" an einer von der DGK anerkannten Ausbildungsinstitution* Ja Nein

2. *Mind. 6 Monate praktische Tätigkeit im Bereich der kardiovaskulären Prävention unter Anleitung eines verantwortlichen und entsprechend qualifizierten Arztes (s. Kapitel B: Kriterien verantwortlicher Arzt)* Ja Nein

6 Monate bezieht sich auf eine Tätigkeit in Vollzeit. Die praktische Erfahrung kann auch in Teilzeit erworben werden. Dann verlängert sich die Tätigkeit auf 12 Monate.

3. *Während der 6 Monate mind. 75 dokumentierte Beratungsgespräche zur kardiovaskulären Prävention von jeweils über 15 Min. Dauer zu:

Rauchen: mind. 25 Beratungsgespräche (nichtmedikamentöse und medikamentöse Optionen der Tabakentwöhnung)

Ja
 Nein

Körperliche Aktivität: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu mehr körperlicher Aktivität, Rezept auf Bewegung, Motivationsstrategien)

Gesunder Ernährung: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu präventiv sinnvollen Ernährungskonzepten)*

B Kriterien verantwortlicher Arzt

1. *Facharzt Kardiologie* Ja Nein

2 *Sachkunde "Spezielle kardiovaskuläre Prävention der DGK"

ODER

Kardiovaskulärer Präventionsmediziner DGPR®

ODER Ja Nein

Langjährige (>5Jahre) Tätigkeit in der kardiovaskulären Präventionsmedizin + Nachweis von mind. 3 Fortbildungsveranstaltungen zu kardiovaskulärer Prävention in den letzten 3 Jahren

*

Alle mit einem * markierten Felder müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden.

A Dokumente Kandidat

1. *Zertifikat über erfolgreiche Teilnahme an dem Kurs "Kardiovaskuläre Präventions-Assistenz", durchgeführt an einer von der DGK anerkannten Ausbildungsinstitution*

2. *Tätigkeitsnachweis über mind. 6 Monate praktische Tätigkeit im Bereich der kardiovaskulären Prävention unter Anleitung eines verantwortlichen und entsprechend qualifizierten Arztes. Während der 6 Monate mind. 75 dokumentierte Beratungsgespräche, von jeweils über 15 Min. Dauer, zu den folgenden Präventionsthemen:

Rauchen: mind. 25 Beratungsgespräche (nichtmedikamentöse und medikamentöse Optionen der Tabakentwöhnung), körperliche Aktivität: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu mehr körperlicher Aktivität, Rezept auf Bewegung, Motivationsstrategien), gesunder Ernährung: mind. 25 Beratungsgespräche (Aufklärung und Anleitung zu präventiv sinnvollen Ernährungskonzepten.*

Der Tätigkeitsnachweis muss neben den o.g. spezifischen Kriterien folgende allgemeine Merkmale beinhalten: Name und Geburtsdatum des Antragstellers, Zeitraum der Tätigkeit und Funktion, Umfang der Tätigkeit (Vollzeit oder Teilzeit). Weiterführend der Bereich in dem gearbeitet wurde und die geleisteten Beratungsgespräche. Bitte beenden Sie den Tätigkeitsnachweis mit einem Stempel des Arbeitgebers und der Unterschrift des verantwortlichen Arztes.

B Dokumente verantwortlicher Arzt

1. *Facharzturkunde Kardiologie*

2 *Sachkundenachweis "Spezielle kardiovaskuläre Prävention der DGK"

ODER

Fortbildungsnachweis Kardiovaskulärer Präventionsmediziner DGPR®

ODER

Tätigkeitsnachweis über langjährige (>5Jahre) Tätigkeit in der kardiovaskulären Präventionsmedizin und Fortbildungsnachweis von mind. 3 Fortbildungsveranstaltungen zu kardiovaskulärer Prävention in den letzten 3 Jahren
*

Der Tätigkeitsnachweis muss folgende allgemeine Merkmale beinhalten: Name und Geburtsdatum des verantwortlichen Arztes, Zeitraum der Tätigkeit und Funktion, Umfang der Tätigkeit (Vollzeit oder Teilzeit). Weiterführend der Bereich in dem gearbeitet wurde. Bitte beenden Sie den Tätigkeitsnachweis mit einem Stempel des Arbeitgebers und einer Unterschrift des Vorgesetzten. Bei einem Wechsel des Arbeitgebers reichen Sie bitte ein Arbeitszeugnis ein.

Alle mit einem * markierten Felder müssen für eine Zertifizierung positiv erfüllt werden.

Einverständniserklärung zur Datenerhebung

Der Antragsteller erklärt sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner im Antrag angegebenen personenbezogenen Daten zur Erfüllung der vertragsmäßig geschuldeten Leistungen durch die DGK, sowie zur Optimierung der Zertifizierungsprozesse einverstanden.

Die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist zur vertragsgemäßen Bearbeitung Ihrer Anfrage erforderlich. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, ist es uns leider nicht möglich, Ihren Antrag zu bearbeiten. Die Daten werden unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.

Ich habe die o. g. Einverständniserklärung gelesen und stimme dieser zu.*

Ich bestätige, die **Datenschutzinformationen** gemäß Art. 13 DSGVO für Antragsteller in Zertifizierungsverfahren im Rahmen von Zusatzqualifikationen der DGK zur Kenntnis genommen zu haben.*

MUSTER