

Antrag auf Anerkennung als Mammaoperateurin / Mammaoperateur Level II

Antragstellerin / Antragsteller

| | |
|--|--|
| Name: | |
| Geburtsdatum: | |
| E-Mail: | |
| Telefon: | |
| Brustzentrum / Standort: | |
| Im Brustzentrum tätig seit: | |
| Dort als Mammaoperateurin / Mammaoperateur benannt seit: | |
| Stellenanteil: | |

- Hiermit bestätige ich, dass ich nach der Benennung zur Mammaoperateurin oder zum Mammaoperateur mind.150 Brustoperationen (mind. 80 BET's und mind. 30 Ablationes) bei malignen Erkrankungen (einschl. DCIS) in einem
- nach „Brustzentren in NRW“ (Nachweis liegt ÄKzert® aus vorherigen Audits vor) **und / oder**
- nach DKG e.V. (Bitte reichen Sie zusätzlich das FB Nachweise zum Antrag Level II ein.)
zertifizierten Brustzentrum **selbständig durchgeführt** habe.
- oder**
- Die Anerkennung Senior-Mammaoperateurin / Senior-Mammaoperateur nach DKG liegt vor. (Bitte reichen Sie die Anerkennung, sowie das FB Nachweise zum Antrag Level II ein.)

Ich versichere, dass ich die Zertifizierungsstelle ÄKzert® über einen Wechsel in ein anderes Brustzentrum in Kenntnis setze.

| | |
|-------|--------------|
| | |
| Datum | Unterschrift |