**Antrag zur Rezertifizierung als GPGE-Gastroenterologe für Kinder und Jugendliche (kostenpflichtig – 50 Euro)**

Name inkl. Titel:

Geburtsdatum:

GPGE Zertifikat erhalten erstmals im Jahr:

Aktuelle Arbeitsstelle:  Klinik Praxis

Anschrift:

Wenn Klinik: Wie erfolgt die ambulante Abrechnung: Hochschulambulanz Institutsambulanz persönliche Ermächtigung Tagesklinik  praestationär Keine Ambulanz

Wenn Praxis: Mitglied in der ANGKE?  ja  nein

Beschreibung der kindergastroenterologischen Tätigkeit

Stunden pro Woche:

Besonderheiten der Klinik/Praxis:

Andere Aufgabengebiete:

Anzahl Gastropatienten pro Woche:

Anzahl CED-Patienten in Betreuung:

Anzahl Leberpatienten in Betreuung:

Teilnahme an gastroent. Fortbildungen innerhalb der letzten 5 Jahre (Angabe der Jahre)

GPGE-JT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  HBS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nutripäd \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CED-Education \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sitzung Darmversagen \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESPGHAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sonstiges (bitte angeben) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endoskopisch aktiv:  ja  nein

Wenn ja: Anzahl ÖGD: Anzahl Ileocoloskopien:

Leberbiopsien:  ja Anzahl:  nein

pH-Metrie:  ja Anzahl:  nein

Atemteste:  ja Anzahl:  nein

Voraussetzungen zur Rezertifizierung als GPGE Gastroenterologe: Mind. 15 Gastropatienten pro Woche (bei voller Stelle, Teilzeit entsprechend weniger) Mind. 3 Teilnahmen an den Veranstaltungen der GPGE innerhalb der letzten 5 Jahre