**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