



Antrag auf Ausstellung eines Zertifikats zum „AE – Endoprothetiker/in“ oder „AE – Endoprothetiker/in MASTER“ der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.

Den ausgefüllten Antrag samt beigefügten Nachweisen senden Sie bitte als PDF-Datei(en) an die E-Mail-Adresse: zert@ae-germany.com.

Hiermit beantrage ich bei der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. die Ausstellung eines Zertifikats zum

AE – Endoprothetiker/in Hüfte

AE – Endoprothetiker/in Hüfte MASTER

AE – Endoprothetiker/in Knie

AE – Endoprothetiker/in Knie MASTER

Persönliche Daten

Anrede:

Titel:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Position:

Telefon:

E-Mail:

Qualifikation

Datum der Erlangung/Anerkennung des Facharztstitels:

Ich bin seit Jahren als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig.

Mein CV ist beigefügt.



Anschrift Klinik

bitte als Anschrift für die Zertifikatsaussendung verwenden

bitte als Rechnungsanschrift verwenden

Klinik:

Abteilung:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Land:

Anschrift privat

bitte als Anschrift für die Zertifikatsaussendung verwenden

bitte als Rechnungsanschrift verwenden

Anschrift privat:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Land:

Antrag 1: Zertifikat AE – Endoprothetiker/in Hüfte, Endoprothetiker/in Knie

Selbstständig durchgeführte Implantationen

Ich bestätige gemäß den Anforderungen zur Zertifikatserteilung die Mindestanzahl an Implantationen in den letzten fünf Jahren selbst durchgeführt zu haben.

Die erforderliche Erklärung und Bestätigung können Sie hier herunterladen. Bitte wählen Sie das Formular mit dem entsprechenden Schwerpunkt aus.

↴ [Bestätigung Implantationen Hüfte](#)

↴ [Bestätigung Implantationen Knie](#)

Die Zahl ist bei leitenden Ärzten durch das Klinikcontrolling/die kaufmännische Leitung der Klinik zu bestätigen. Bei nicht-leitenden Ärzten ist eine Bestätigung des Vorgesetzten erforderlich.

Besuchte AE-Fortbildungsveranstaltungen

Ich bestätige gemäß den Anforderungen zur Zertifikatserteilung die Mindestanzahl an AE-Veranstaltungen besucht zu haben. Hier ist kein Formular erforderlich, da die Überprüfung durch die AE erfolgt.

Falls die geforderte Zahl der AE-Basiskurse nicht absolviert wurde, gilt für die erste Zertifikatslaufzeit als Übergangsregelung bis 2024:

Anerkennung von absolvierten AE-Basiskursen, die länger als fünf Jahre zurückliegen

Anerkennung von besuchten AE-Masterkursen in den letzten fünf Jahren

Ärztetikammerpunkte

Ich habe in den letzten fünf Jahren mindestens 30 Ärztetikammerpunkte in Fortbildungsveranstaltungen über die AE-Kurse hinaus mit endoprothetischem Schwerpunkt erworben.

↴ [Bestätigung Ärztetikammerpunkte](#)

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug Ihres Punktekontos der Ärztekammer ein, in dem Sie die entsprechenden Veranstaltungen markieren. Hier zählen die Punkte, die Sie über die geforderten AE-Kurse hinaus erlangt haben.

Tätigkeit in einer EndoCert-zertifizierten Klinik

Die Klinik, in der ich angestellt oder als Belegarzt tätig bin, ist EndoCert-zertifiziert.

Zertifizierungsgebühr

Die Gebühr für die Antragsprüfung und Erteilung des Zertifikats ist nach der jeweils gültigen Zertifizierungsordnung nach Rechnungseingang zur Zahlung fällig. Sie beträgt € 300,- bei Zertifizierung und € 250,- bei Re-Zertifizierung.

Versicherung

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags versichere ich, dass meine Angaben vollständig sind, der Wahrheit entsprechen und ich die angefügten Downloadformulare nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe.

Ort, Datum

Digitale Signatur oder Unterschrift:



Antrag 2: Zertifikat AE – Endoprothetiker/in Hüfte MASTER, Endoprothetiker/in Knie MASTER

Selbstständig durchgeführte Implantationen

Ich bestätige gemäß den Anforderungen zur Zertifikatserteilung die Mindestanzahl an Implantationen in den letzten fünf Jahren selbst durchgeführt zu haben.

Die erforderliche Erklärung und Bestätigung können Sie hier herunterladen. Bitte wählen Sie das Formular mit dem entsprechenden Schwerpunkt aus.

↴ [Bestätigung Implantationen Hüfte MASTER](#)

↴ [Bestätigung Implantationen Knie MASTER](#)

Die Zahl ist bei leitenden Ärzten durch das Klinikcontrolling/die kaufmännische Leitung der Klinik zu bestätigen. Bei nicht-leitenden Ärzten ist eine Bestätigung des Vorgesetzten erforderlich.

Besuchte AE-Fortbildungsveranstaltungen

Ich bestätige gemäß den Anforderungen zur Zertifikatserteilung die Mindestanzahl an AE-Veranstaltungen besucht zu haben. Hier ist kein Formular erforderlich, da die Überprüfung durch die AE erfolgt.

Ärztckammerpunkte

Ich habe in den letzten fünf Jahren mindestens 50 Ärztkammerpunkte in Fortbildungsveranstaltungen über die AE-Kurse hinaus mit endoprothetischem Schwerpunkt erworben.

↴ [Bestätigung Ärztkammerpunkte MASTER](#)

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug Ihres Punktekontos der Ärztkammer ein, in dem Sie die entsprechenden Veranstaltungen markieren.

Tätigkeit in einer EndoCert-zertifizierten Klinik

Die Klinik, in der ich angestellt oder als Belegarzt tätig bin, ist EndoCert-zertifiziert.

Zertifizierungsgebühr

Die Gebühr für die Antragsprüfung und Erteilung des Zertifikats ist nach der jeweils gültigen Zertifizierungsordnung nach Rechnungseingang zur Zahlung fällig. Sie beträgt € 300,- bei Zertifizierung und € 250,- bei Re-Zertifizierung.

Versicherung

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags versichere ich, dass meine Angaben vollständig sind, der Wahrheit entsprechen und ich die angefügten Downloadformulare nach bestem Wissen und Gewissen erstellt habe.

Ort, Datum

Digitale Signatur oder Unterschrift:



Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung/Datenschutz

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. sämtliche meiner in diesem Antrag erfassten personenbezogenen Daten verarbeitet.

Ich willige ein, dass die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik e.V. zur Überprüfung meiner Teilnahmen an AE-Fortbildungen die entsprechende Information bei der AE GmbH (Veranstalter der AE-Fortbildungen) einholt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann und ein Widerruf die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs nicht berührt.

Ort, Datum

Digitale Signatur oder Unterschrift