

# Antrag für die Re-Zertifizierung „Offizielles Kniezentrum“

## Antragsteller

Akad. Grad: .....

Name: ..... Vorname: .....

Position: .....

Zertifizierter Kniechirurg der DKG:

## Zertifizierte Klinik/Praxis

Klinik .....

Abteilung .....

Straße/Hausnr. ....

PLZ/Ort .....

Land .....

Telefon .....

E-Mail .....

Sportorthopädie  Traumatologie  Endoprothetik

Osteotomie  Kindl. Chirurgie  Tumorchirurgie

Rehabilitation

### Folgende Nachweise liegen dem Antrag bei:

- Nachweis der jährlichen Mindestanzahl an komplexen Eingriffen für das beantragte Teilgebiet
- Nachweis von 2 kniespezifischen Veröffentlichungen in anerkannten wissenschaftlichen Zeitschriften innerhalb der letzten 5 Jahre oder aktiver Beiträge auf dem DKG-Jahreskongress oder Kursen
- Teilnahmebescheinigungen von mindestens 2 DKG zertifizierten Kursen je Teilgebiet

Die Zertifizierung zum Offiziellen Kniezentrum durch die DKG gilt für 5 Jahre und muss dann durch Nachweis der Aktivitäten in der Kniechirurgie reevaluiert werden.

Die Auszeichnung ist Klinik/Institutions gebunden in Assoziation mit dem Antragsteller. Bei einem Austritt aus der DKG oder einem Klinikwechsel erlischt die Bezeichnung für die hier beantragte Klinik. Für eine andere Klinik bedarf es einer neuen Beantragung.

Ich bzw. die Klinik ist damit einverstanden, dass die zertifizierte Klinik in der Liste der Offiziellen Kniezentren auf der Homepage der DKG erscheint.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Leiter des Kniezentrums