



## Antrag & Selbstauskunft zum DDA-Zertifikat „Dermatoskopie und Auflichtmikroskopie“

- Ich beantrage die **Re-Zertifizierung** „Dermatoskopie und Auflichtmikroskopie“ der DDA.  
Mein Zertifikat wurde im Jahr \_\_\_\_\_ ausgestellt

### Selbstauskunft

Die apparative Diagnose für das Hautkrebsscreening führe ich wie folgt durch:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OCT                   | <input type="checkbox"/> Auflichtmikroskop (Dermatoskop)  |
| <input type="checkbox"/> Ganzkörperscanner     | <input type="checkbox"/> Digitaler Dermatoskopie-Detektor |
| <input type="checkbox"/> Confokale Mikroskopie |   |

Weiteres: \_\_\_\_\_

### Qualifikationsvoraussetzungen

**Ich bestätige und belege, die untenstehenden erforderlichen Qualifikationen zum Erwerb des (Re)-Zertifikates „Dermatoskopie und Auflichtmikroskopie“ der DDA ordnungsgemäß erworben zu haben**

- Ich bestätige die Fort- und Weiterbildung im Bereich Dermatoskopie und Auflichtmikroskopie mit **25 CME** in den **letzten 5 Jahren**
- Verpflichtend ist in diesem Zeitraum mindestens **ein Besuch** einer firmenneutralen Fortbildungs-Veranstaltung, die mindestens 3 Stunden an Weiterbildungsinhalten in der Dermatoskopie anbietet
  - Bitte entsprechende Teilnahmebescheinigung beilegen über den Besuch dieser Vorträge, Seminare oder Kurse sowie Kopie des Tagungsprogrammes aus dem die Inhalte ersichtlich sind

*Der Anteil an Firmenveranstaltungen darf nicht größer als 30% sein.*

*>>>Firmen- Teilnahmebescheinigungen müssen mit einer Veranstaltungsdauer ausgewiesen werden.*



Weiterbildung

Jahr

CME

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

**Gesamtpunktzahl ( mind. 25 ):** \_\_\_\_\_

- Ich verpflichte mich, für die Dauer der Gültigkeit des Zertifikates regelmäßig an Fortbildungen im Bereich „Dermatoskopie und Auflichtmikroskopie“ teilzunehmen – besonders relevant für die weitere Re-Zertifizierung nach 5 Jahren.
- Die Kosten für die Ausstellung des Zertifikates **in Höhe von 200€** werde ich tragen.
- Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens & meiner Adresse auf der DDA-Spezialistensuche einverstanden (**falls nein, bitte streichen**).
- Ich möchte gerne das DDA-Marketingpaket für **25 EURO** erwerben mit den DDA-Siegeln, um meine Kompetenz auch für meine Patienten besser sichtbar zu machen (**falls nein, bitte streichen**).



Vollständiger Name für das Zertifikat: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Praxis-Stempel