

# Antrag & Selbstauskunft zum DDA-Zertifikat „Dermatologische Lasertherapie“

Ich beantrage die erstmalig das Zertifikat „Laser in der Dermatologie“ der DDA

## ODER

Ich beantrage die Re-Zertifizierung „Laser in der Dermatologie“ der DDA, mein Zertifikat wurde am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. ausgestellt

Ich bin Facharzt für Dermatologie und Venerologie seit \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (Kopie der Urkunde bei Erstzertifizierung beilegen)

Meine zuständige Landesärztekammer ist: \_\_\_\_\_

Ich betreibe die Lasertherapie seit \_\_\_\_\_ Jahren und habe eingehende Kenntnisse im Umgang mit Lasern oder IPL-Geräten,  
die nachfolgend aufgeführt und behördlich registriert sind (Bitte Nachweis bei Erstzertifizierung beilegen), ggf. weitere Anlagen beifügen:

- |         |          |
|---------|----------|
| 1 _____ | 6 _____  |
| 2 _____ | 7 _____  |
| 3 _____ | 8 _____  |
| 4 _____ | 9 _____  |
| 5 _____ | 10 _____ |

## Qualifikationsvoraussetzungen

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

1. Theoretisch-praktisches Seminar o.ä. in Form der zertifizierten ärztlichen Weiterbildung (CME) nach den Empfehlungen der DDA 8,5 LE à 45min / 6,5h absolviert am: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  Kopie(n) liegt/liegen bei

2. Anwendungsbezogener Laserschutzkurs nach TROS Laserstrahlung 2018 (Laserschutzbeauftragter) 8,5LE / 6,5h absolviert am: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.  Kopie(n) liegt/liegen bei

### Bitte beachten:

der letzte Kurs zum Laserschutzbeauftragten sollte nicht älter als 5 Jahre sein und die Inhalte nach TROS 2018 abbilden

3.  Ich bestätige die Fort- und Weiterbildung im Bereich Licht- und Lasertherapie mit 50 CME in den letzten 5 Jahren  
Kopie(n) liegt/liegen bei

| Weiterbildung | Jahr | CME | ΣCME |
|---------------|------|-----|------|
| 1. _____      |      |     |      |
| 2. _____      |      |     |      |
| 3. _____      |      |     |      |
| 4. _____      |      |     |      |
| 5. _____      |      |     |      |
| 6. _____      |      |     |      |
| 7. _____      |      |     |      |
| 8. _____      |      |     |      |

4.  Ich bestätige die eigenständige Behandlung von > 500 Patienten in den letzten 5 Jahren mittels Laser oder IPL.  
 Ich bestätige die Einhaltung aller regulatorischen, räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen für den gesetzeskonformen und sicheren Betrieb von Lasern oder IPL-Geräten und lege die Kopie der Gerätemeldungen an die Behörden bei.  
 Ich verpflichte mich, für die Dauer der Gültigkeit des Zertifikates regelmäßig an Fortbildung im Bereich Licht- und Lasertherapie der Haut teilzunehmen  
 Die Kosten für die Ausstellung des Zertifikates in Höhe von 150€ werde ich tragen  
 Ich bin mit der Weitergabe meines Namens & meiner Adresse an anfragende Patienten einverstanden (falls nein, bitte streichen)

Ort

Datum

Praxisstempel / Unterschrift

Bitte beachten Sie § 27 „Erlaubte Information und berufswidrige Werbung“ der MWBO in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. Die Angaben nach Abs. 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt. Die Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen