**Erfüllung Voraussetzungen nach §5 CuMo-Fortbildungsordnung – Arbeitsstätte**

Diese Schreiben ist der Anmeldung beizulegen (nach §6 der CuMo-Fortbildungsordnung), die Anforderungen im Detail sind §5 der CuMo-Fortbildungsordnung bzw. dem Punkt 3.2 des CuMo-Gegenstands- und Anforderungskatalogs zu entnehmen.

*Angaben zu/r CuMo-BewerberIn*

Titel \_\_\_\_\_\_\_\_ Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institutsanschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse/Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Angaben zur Arbeitsstätte*

Institut/Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituts-/Praxisleitung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institutsanschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse/Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Hier wird durch die Instituts/Praxisleitung bestätigt, dass eine entsprechende Akkreditierung und/oder Zertifizierung für den Bereich Molekularpathologe vorliegt (bitte Urkunde in Kopie beifügen).

2.) Hier wird durch die Instituts-/Praxisleitung bestätigt, dass die weiteren Voraussetzungen nach §6 (Angebot aller Technologien welche nach Vorgaben des Anforderungskatalogs für die Arbeitsstätte erforderlich sind) erfüllt werden und für den Zeitraum der Fortbildung (von 3 Jahren ab Beginn der Fortbildung) gewährleistet bleiben.

2.1) Methoden

Es müssen **mindestens 4 der 6 „Methodenkategorien“** im Rahmen der molekularpathologischen Routine-Diagnostik regelhaft am/im Institut/Praxis zum Einsatz kommen über den Zeitraum der Fortbildung von 3 Jahren, darunter **obligat Next-Generation-Sequencing (NGS) sowie quantitative PCR (qPCR)**; siehe ebenfalls CuMo-Gegenstands- und Anforderungskatalog 3.2 sowie 3.4.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Methode\*** | **Vorhanden/Erfüllt (bitte ankreuzen)** | **Ggf. Kommentar** |
| NGS **(obligat)** |  |  |
| Sanger-Sequenzierung |  |  |
| Fragmentlängenanalyse |  |  |
| qPCR **(obligat)** |  |  |
| Reverse Hybridisierung |  |  |
| ISH (FISH/CISH/SISH) |  |  |

\*Sollten Methoden (außerhalb der Mindestanforderungen) nicht abgedeckt werden bitte kommentieren und:

- Vorlage Zustimmung Instituts-/Praxisleitung Hospitation – Hospitationsstätte

- Vorlage Erfüllung Voraussetzungen nach §5 – Hospitationsstätte

entsprechend miteinreichen

2.2) Entitäten

Es müssen **mindestens 9 der 12 „Entitätenkategorien“** im Rahmen der molekularpathologischen Routine-Diagnostik regelhaft am/im Institut/Praxis diagnostisch befundet werden und die vorausgesetzten Fallzahlen für den/die FortibildungsteilnehmerIn über den Zeitraum der Fortbildung von 3 Jahren mindestens erreicht werden (unmittelbare Beteiligung an der Prozessierung, Analyse, Interpretation und Befunderstellung eine retrospektive Analyse ist jedoch möglich):, darunter **obligat Untersuchungen zu Lungenkarzinomen sowie kolorektalen Karzinomen**; siehe ebenfalls CuMo-Gegenstands- und Anforderungskatalog 3.2 sowie 3.4.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tumorentität\*** | **Anzahl (über 3 Jahre)** | **Vorhanden/Erfüllt (bitte ankreuzen)** | **Ggf. Kommentar** |
| **Lungenkarzinom (obligat)** | 80 |  |  |
| **Kolorektales Karzinom (obligat)** | 80 |  |  |
| Lymphome | 80 |  |  |
| Mammakarzinom | 50 |  |  |
| Gliome | 25 |  |  |
| Melanom | 25 |  |  |
| GIST | 25 |  |  |
| Ovarialkarzinom | 25 |  |  |
| Prostatakarzinom | 25 |  |  |
| Hämatologische Neoplasien | 25 |  |  |
| Endometriumkarzinom | 20 |  |  |
| Sarkome | 10 |  |  |
| Urothelkarzinom | 10 |  |  |
| Cholangiokarzinom | 10 |  |  |

\*Sollten Entitäten (außerhalb der Mindestanforderungen) nicht abgedeckt werden bitte kommentieren und:

- Vorlage Zustimmung Instituts-/Praxisleitung Hospitation – Hospitationsstätte

- Vorlage Erfüllung Voraussetzungen nach §5 – Hospitationsstätte

entsprechend miteinreichen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Instituts/Praxisleitung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift CuMo-BewerberIn