



**DGKN**

Deutsche Gesellschaft  
für Klinische Neurophysiologie  
und Funktionelle Bildgebung e.V.

Zertifikate

# ANTRAG

## auf Zertifizierung als Anerkannte Ausbildungsstätte

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische  
Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.  
Salvador-Allende-Platz 29  
07747 Jena

→ **Kontakt DGKN**

T +49 6151 3535753  
M +49 176 32086837  
zertifikate@dgkn.de

→ Dieses Formular ist digital beschreibbar und kann ebenfalls digital signiert werden! **Es werden ausschließlich digital ausgefüllte Anträge zur Bearbeitung an [zertifikate@dgkn.de](mailto:zertifikate@dgkn.de) akzeptiert!**

Die qualifizierte Vermittlung klinisch-neurophysiologischer Methoden ist Teil der Ausbildung zum/r Facharzt/-ärztin für Neurologie. In Ihrer Klinik werden mindestens drei von der DGKN zertifizierte Methoden ausgebildet. Dieses Qualitätsmerkmal möchte die DGKN nun gerne durch eine Zertifizierung als „Anerkannte Ausbildungsstätte“ und durch Aushändigung eines repräsentativen Zertifikates kennzeichnen. Dieses Zertifikat darf für Ihre Zwecke Verwendung finden auf Ihrer Website, in Stellenausschreibungen, Klinikberichten sowie in anderweitigen medialen Kommunikationsformen. Darüber hinaus werden Sie in einem digitalen Ausbildungsverzeichnis geführt, das über die Website der DGKN zugänglich gemacht wird (Klinik, Anschrift, Ausbilder, E-Mail, Modalitäten). \*

### Angaben zur Klinik

Name und Anschrift der Einrichtung und Klinik, für welche die Zertifizierung beantragt wird
---

### Angaben zum/r AntragstellerIn\*

LeiterIn der Einrichtung*	
Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
E-Mail	
Telefon	

\* Der/ Die AntragstellerIn als LeiterIn der Einrichtung, für welche die Zertifizierung beantragt wird, muss Mitglied im DGKN e.V. sein.

## Anerkannte/r AusbilderIn der DGKN

Bis zu zwei AusbilderInnen pro Methode, bitte mit Namen und Unterschrift aufführen:

EEG	Unterschrift
EEG	Unterschrift
EMG	Unterschrift
EMG	Unterschrift
EP	Unterschrift
EP	Unterschrift
PSG	Unterschrift
PSG	Unterschrift
US	Unterschrift
US	Unterschrift
MNS	Unterschrift
MNS	Unterschrift

**HINWEIS:** Bleiben durch Ausscheiden einer der genannten AusbilderInnen weniger als drei Methoden, so ist die Zertifizierung neu zu beantragen. Die genannten AusbilderInnen müssen mit der Methode ständig befasst sein, was durch Unterschrift zu bestätigen ist.

---

## Nachweis des Curriculums

Der/Die AusbilderIn bestätigt durch Unterschrift, dass die Ausbildung entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung durchgeführt wird.

---

## Rezertifizierung

Die Rezertifizierung ist nach fünf Jahren erforderlich und gebunden an den Nachweis der durch Zertifikat erbrachten Ausbildung von mindestens 5xn KandidatInnen im Gesamtzeitraum, davon mindestens zwei pro Methode, für die eine Zertifizierung beantragt wurde. (n = Zahl der am Standort zertifizierten Methoden)

Der Antrag auf Rezertifizierung ist per E-Mail an die Geschäftsstelle des DGKN e.V. unter Nachweis der Voraussetzungen zu stellen. Liegen die Voraussetzungen vor, erfolgt die Rezertifizierung für die Dauer von fünf Jahren und ist mehrfach möglich.

---

## Gebühren

Für die erstmalige Zertifizierung als auch die Rezertifizierung wird eine Gebühr von 500 EUR zzgl. der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer erhoben.

\* **Bitte ankreuzen, wenn Sie einverstanden sind:**

Hiermit willige ich der Veröffentlichung meiner Daten im digitalen Ausbildungsverzeichnis wie oben benannt zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail mit Betreff „Digitales Ausbildungsverzeichnis“ an [sekretariat@dgkn.de](mailto:sekretariat@dgkn.de) widerrufen.

Mit Unterschrift werden die o.g. Bedingungen akzeptiert und die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

---

### Bestätigung der Klinikleitung

Datum
-------

Unterschrift/Stempel
----------------------

---

### Bestätigung der Klinikverwaltung

Datum
-------

Unterschrift/Stempel
----------------------