



DGKN

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

Zertifikate

ANTRAG

auf Zertifizierung als Teleneurophysiologie-Netzwerk der DGKN

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische
Neurophysiologie und Funktionelle Bildung 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 akzeptiert!**

Faktoren wie eine sinkende medizinische Versorgung im ländlichen Raum, der Wunsch nach Optimierung in der Notfallversorgung sowie eine voranschreitende Digitalisierung machen es notwendig, aber auch möglich, traditionelle Untersuchungs- und Diagnoseverfahren qualitativ auszubauen. Mit der **Zertifizierung von Teleneurophysiologischen Netzwerken** möchte die DGKN Anreize schaffen, telemedizinische Verbünde aus Konsilempfängern (Netzwerkzentralen und auswertende Zentren) und Konsilstellern (Institutionen/ Kliniken/ Praxen) zu begründen und bestehende in ihrer täglichen Arbeit zu fördern. Ein Netzwerk muss aus mindestens drei Konsilstellern und mindestens einem Zentrum als Konsilempfänger bestehen. **Konsilempfänger müssen Mitglied des DGKN e.V. sein.** Weitere Konsilsteller und/ oder -empfänger können über die Anlagen 1 bzw. 2 separat angemeldet werden. Das Zertifikat darf für Ihre Zwecke Verwendung finden, zum Beispiel auf Ihrer Website, in Stellenausschreibungen, Klinikberichten sowie in anderweitigen medialen Kommunikationsformen.

Bitte vergeben Sie hier eine Bezeichnung für das beantragte Teleneurophysiologie-Netzwerk:

Name des Teleneurophysiologischen Netzwerkes

Konsilgeber (Netzwerkzentrale/ auswertendes Zentrum)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als **Konsilgeber** beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Konsilsteller 1 (Institution/ Klinik/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als Konsilsteller beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Konsilsteller 2 (Institution/ Klinik/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als Konsilsteller beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Einverständniserklärung

Hiermit stimmen wir der Nennung unseres Teleneurophysiologie-Netzwerkes auf der Website www.dgkn.de zu. Die Einwilligung kann jederzeit per E-Mail mit Betreff „Teleneurophysiologische Zertifizierung“ an sekretariat@dgkn.de widerrufen.

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

Bestätigung des Konsilgebers

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 1

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 2

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 3

Datum

Unterschrift/Stempel
