

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für PENMG



DGKN

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

Zertifikate

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

→ **Kontakt DGKN**

F +49 3641 2956003
M +49 176 61742747

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!

Persönliche Angaben

Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
Fachgebiet	
Funktion	
Anschrift der Einrichtung, für welche die Ausbildungsberechtigung beantragt wird	
E-Mail	
Telefon	
Pädiatrische/-r Leiter/-in der Einrichtung (neurophysiologische/neurosonografische Einheit)*:	

* Vgl. Richtlinie Punkt 5.4: *Die ausbildende Einrichtung muss über eine neuropädiatrisch geführte neurophysiologische/sonografische Einheit verfügen.*

→ **Einverständnis zur Veröffentlichung im digitalen Ausbildungsverzeichnis:** (Auswahl zwingend treffen!)

Hiermit stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten (Klinik, Anschrift, Ausbilder/-in, E-Mail, Modalität) im digitalen Ausbildungsverzeichnis zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail mit Betreff „Digitales Ausbildungsverzeichnis“ an sekretariat@dgkn.de widerrufen.

Ich willige **nicht** ein. Die Veröffentlichung kann auch zu einem späteren Zeitpunkt noch eingerichtet werden, selbständig im Mitgliederportal MyDGKN unter www.dgkn.de.



Bitte beachten Sie die Richtlinien in der aktuellen Fassung unter dgkn.de

Klinische Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

Ausbildung in pädiatrischer Neurophysiologie

Ausbildungsstätten und -zeiten

PENMG-Zertifikat erworben am	Aktuelle pädiatrisch-neurophysiologische Tätigkeit seit
------------------------------	---

Weitere Zertifikate/ Ausbildungsberechtigungen der DGKN

Angaben zur Ausbildungsstätte

Ausbildungsberechtigte im PENMG Anzahl:	Letzte technische Prüfung Jahr:	Päd. Untersuchungen/Jahr Anzahl (min. 250):	Bezugsjahr:
--	------------------------------------	--	-------------

Anzahl pädiatrischer Untersuchungen nach angewandter Methode (250 in min. einer Methode):

EP: EMG: MNS: ENG:

Vorhandene EMG-Geräte Anzahl:	Benennen Sie die vorhandenen weiteren Geräte mit jeweiliger Anzahl
----------------------------------	--

Bestätigung der Klinik-/Institutsleitung

Die o.g. Angaben werden in ihrer Richtigkeit bestätigt. Der Antrag auf Ausbildungsberechtigung wird befürwortet.

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung der Klinikverwaltung

Die o.g. Angaben zu den Untersuchungszahlen werden bestätigt.

Datum

Unterschrift/Stempel