

ANTRAG

auf Zertifizierung als Anerkannte Ausbildungsstätte



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

T +49 3641 2956009
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!**

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 Stellen-ausschreibungen, 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).

Antragstellende Einrichtung

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

Antragsteller/-in (Klinikleitung und/oder Leitung neurophysiologisches Labor)

Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
E-Mail	Telefon
Position	

! Der/Die Antragstellende muss Mitglied der DGKN sein.

Ich bin bereits Mitglied der DGKN.

Ich bin noch *kein* Mitglied der DGKN. → Bitte stellen Sie Ihren Mitgliedschaftsantrag **HIER**.

Nachweis der Ausbildungsberechtigungen/DGKN-Ausbildende

Namentliche Listung von Kolleginnen und Kollegen mit DGKN-Ausbildungsberechtigungen in den Methoden, für die Ihre Einrichtung die Erstzertifizierung als Anerkannte Ausbildungsstätte beantragt (max. 2 pro Methode).

EEG	EEG
EMG	EMG
EP	EP
PSG	PSG
Ultraschall	Ultraschall
MNS	MNS
PENMG	PENMG
NIBS: tES	NIBS: tES
NIBS: TMS	NIBS: TMS
NIBS: tES + TMS	NIBS: tES + TMS
IONM	IONM

Hier ist Raum für Ihre Anmerkungen:

! **HINWEIS:** Verbleiben durch Ausscheiden einer der genannten Ausbilder/-innen weniger als drei Methoden, so ist die Zertifizierung nach Vorliegen der Mindestvoraussetzungen neu zu beantragen.

Rezertifizierungsbedingungen

Der/Die Ausbildende bestätigt durch Unterschrift, dass die Ausbildung **entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.** durchgeführt wurde. Ausbildende müssen ständig mit der Methode befasst sein, was durch Unterschrift zu bestätigen ist.

Die Rezertifizierung ist stets nach fünf Jahren erforderlich und gebunden an den Nachweis der durch Zertifikat erbrachten Ausbildung von mindestens 3xn Kandidaten/Kandidatinnen im Gesamtzeitraum, davon mindestens eine/-r pro Methode, für die eine Zertifizierung beantragt wurde. (n = Zahl der am Standort zertifizierten Methoden).

Eine Ausnahme stellt die "Polysomnografie" dar, für die der Nachweis ausgebildeter Kandidaten/Kandidatinnen entfallen kann, wenn dieser für mindestens drei weitere Methoden gemäß den Rezertifizierungsbedingungen erbracht werden kann.

Der Antrag ist per E-Mail an die Geschäftsstelle der DGKN unter Nachweis der Voraussetzungen zu stellen. Gelten die Bedingungen als erfüllt, erfolgt die Rezertifizierung für die Dauer von weiteren fünf Jahren.

Gebühren

Für die Rezertifizierung wird eine Gebühr i.H.v. 500 EUR zzgl. der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer erhoben.

Nennung im digitalen Ausbildungsverzeichnis

Hiermit willige ich in die Veröffentlichung meiner Daten im digitalen Ausbildungsverzeichnis wie oben benannt ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail mit Betreff „Digitales Ausbildungs-verzeichnis“ an sekretariat@dgkn.de widerrufen.

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

Bestätigung der Laborleitung

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung der Klinikleitung*

Datum

Unterschrift/Stempel

* wenn abweichend von der Laborleitung