

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für PENMG

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.

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.

Datum

Unterschrift/Stempel