

# ANTRAG

## auf Rezertifizierung 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 eingereichte Anträge an [zertifikate@dgkn.de](mailto:zertifikate@dgkn.de) zur Bearbeitung akzeptiert!

### Antragstellende Einrichtung

Name und Anschrift der Einrichtung und Klinik, für welche die Rezertifizierung 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. Im Falle eines kürzlichen Leitungswechsels ist dieser Status zu überprüfen.

Ich bin bereits Mitglied der DGKN.

Ich bin noch *kein* Mitglied der DGKN. → Bitte stellen Sie Ihren Mitgliedschaftsantrag [HIER](#).

### Erstzertifizierung als Anerkannte Ausbildungsstätte

Die Erstzertifizierung als Anerkannte Ausbildungsstätte der DGKN erfolgte am

## Nachweis der Ausbildungsberechtigungen

Namentliche Listung von Kolleginnen und Kollegen mit DGKN-Ausbildungsberechtigungen in den Methoden, für die Ihre Einrichtung aktuell als Anerkannte Ausbildungsberechtigung zertifiziert ist und/oder erstmals bzw. erneut zertifiziert werden soll.

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.

## Nachweis über ausgebildete Zertifikatsträger/-innen

Bitte listen Sie nachfolgend die in Ihrer Einrichtung in den vergangenen fünf Jahren ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen, die abschließend ein DGKN-Zertifikat in der jeweiligen Methode erworben haben. Sollte der Zertifikatsstatus nicht bekannt sein, listen Sie bitte alle ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen mit Vermerk "nicht bekannt".

**ANTRAG AUF REZERTIFIZIERUNG ALS ANERKANNTES AUSBILDUNGSSTÄTTE**

## 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.

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