

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für EEG



Deutsche Gesellschaft
für Klinische Neurophysiologie
und Funktionelle Bildgebung

Zertifikate

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische
Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung
Robert-Bosch-Straße 7
64293 Darmstadt

→ **Kontakt DGKN**

T +49 6151 6673422

F +49 6151 6673423

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
Gebiet	
Funktion	
Anschrift der Ausbildungsstätte bzw. Einrichtung, für welche die Ausbildungsberechtigung beantragt wird	
E-Mail	
Telefon	
Leiter/in der Einrichtung	

Klinische Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

EEG-Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

EEG-Zertifikat am	Jetzige EEG-Tätigkeit seit
-------------------	----------------------------

Weitere Zertifikate/Ausbildungsberechtigungen:

Angaben zur Ausbildungsstätte

Zahl der Ausbildungsberechtigten	Zahl der EEG-Ableitungen/Jahr	Bezugsjahr
----------------------------------	-------------------------------	------------

Anzahl der EEG-Geräte mit mind. 20 Kanälen	Anzahl der Fotostimulationsgeräte
--	-----------------------------------

Weitere Untersuchungsmöglichkeiten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> EEG-Intensivstation | <input type="checkbox"/> Polygraphische Ableitungen |
| <input type="checkbox"/> Kurzschlaf-EEG | <input type="checkbox"/> Ganznachtschlaf |
| <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Langzeit-EEG | <input type="checkbox"/> Simultan-Doppelbild-Aufzeichnung |

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