# Antrag auf Zertifizierung als „Anerkannte Ausbildungsstätte“ der DGKN

Die qualifizierte Vermittlung klinisch-neurophysiologischer Methoden ist Teil der Ausbildung zum Facharzt für Neurologie.

In Ihrer Klinik werden mindestens drei von der DGKN zertifizierte Methoden ausgebildet. Dieses Qualitätsmerkmal möchten die DGKN nun gerne durch eine **Zertifizierung als „Akkreditierte Ausbildungsstätte“** und durch **Aushändigung eines repräsentativen Zertifikates** kennzeichnen. Dieses Zertifikat darf für Ihre Zwecke Verwendung finden auf Ihrer Website, in Stellenausschreibungen, Klinikberichten sowie in anderweitigen medialen Kommunikationsformen. Darüber hinaus werden Sie in einem Ausbildungsverzeichnis geführt, das über die Website der DGKN öffentlich zugänglich gemacht wird.

Um diesen Standard zu dokumentieren, bitten wir Sie, dieses Formular ausgefüllt und entsprechend unterzeichnet an sekretariat@dgkn.de zurückzusenden. Vielen Dank!

1. Name der Einrichtung und Klinik, Anschrift:

....................................................................................................................................................................................

………..........................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. Kontaktdaten des Antragstellers (Leiter/Stellv. Leiter der Klinik):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anrede | ………………………………………... | Titel | ………………………………….…………… |
|  |  |  |  |
| Vorname | ……………………...…...………….... | Nachname | ………………………………………………. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E-Mail | ………………………………………... | Telefon | ………………………………………………. |
|  |  |  |  |

3. Anerkannte/r Ausbilder/in der DGKN in der Einrichtung (Name und Unterschrift; bis zu zwei pro Methode):

 Name: Unterschrift:

EEG: …............................................................................................. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EEG: ………...................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMG: …............................................................................................ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMG: ............................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EP: …............................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EP: ………........................................................................................ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PSG: ….......................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PSG: ………................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

US: …............................................................................................. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

US: ………...................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MNS: ….......................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MNS: ………................................................................................... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bleiben durch Ausscheiden einer der genannten Ausbilder/innen weniger als drei Methoden, so ist die Zertifizierung neu zu beantragen. Die genannten Ausbilder/innen müssen mit der Methode ständig befasst sein, was durch Unterschrift zu bestätigen ist.

4. Nachweis des Curriculums

Der/Die Ausbilder/in bestätigt durch Unterschrift, dass er/sie die Ausbildung entsprechend den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung durchführt.

5. Re-Zertifizierung:

Die Re-Zertifizierung ist nach fünf Jahren erforderlich und gebunden an den Nachweis der Ausbildung von jeweils mindestens zwei Kandidaten/innen pro Jahr in der jeweiligen Methode, für die die Zertifizierung erteilt wurde.

Der Antrag auf Re-Zertifizierung ist schriftlich per Post oder E-Mail an die Geschäftsstelle der DGKN unter Nachweis der Voraussetzungen zu stellen. Liegen die Voraussetzungen vor, erfolgt die Re-Zertifizierung für die Dauer von fünf Jahren und ist mehrfach möglich.

6. Gebühren:

Für die erstmalige Zertifizierung als auch die Re-Zertifizierung wird eine Gebühr von 500,00 € erhoben.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: …………………………….……...Unterschrift der Klinikleitung & Stempel | Datum: ……………………….………….Unterschrift der Klinikverwaltung & Stempel |