

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für EMG



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

→ **Einverständnis zur Veröffentlichung im digitalen Ausbildungsverzeichnis:** (bitte zwingend Auswahl treffen!)

Hiermit willige ich der Veröffentlichung meiner Daten (Klinik, Anschrift, AusbilderIn, 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.

! Bitte beachten Sie die Richtlinien in der aktuellen Fassung unter dgkn.de



Klinische Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

EMG-Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

EMG-Zertifikat am	Jetzige EMG-Tätigkeit seit
-------------------	----------------------------

Weitere Zertifikate/ Ausbildungsberechtigungen:

Angaben zur Ausbildungsstätte

Zahl der Ausbildungsberechtigten	Ges.zahl der Untersuchten/Jahr	Bezugsjahr
----------------------------------	--------------------------------	------------

Ges.zahl der Untersuchten mit Nadel-EMG/Jahr	Anzahl der EMG-Geräte
--	-----------------------

Weitere Untersuchungsmöglichkeiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelfaser-EMG | <input type="checkbox"/> Makro-EMG |
| <input type="checkbox"/> Automatische Analyse | <input type="checkbox"/> Refluxuntersuchungen |

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