

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für EMG



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**

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:

Einzelfaser-EMG

Automatische Analyse

Makro-EMG

Reflexuntersuchungen

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