

ANTRAG

auf Ausbildungsberechtigung für NIBS



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 und eingereichte Anträge zur Bearbeitung an zertifikate@dgkn.de akzeptiert!

Persönliche Angaben Antragsteller/-in

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	

Ich beantrage die Ausbildungsberechtigung in nicht-invasiver Hirnstimulation (NIBS) für den Schwerpunkt:

→ 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 unter dgkn.de/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

NIBS-Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

NIBS-Zertifikat erworben am

für Schwerpunkt TMS, tES oder beides

Jetzige NIBS-Tätigkeit seit

Weitere Zertifikate/ Ausbildungsberechtigungen der DGKN:

Anzahl Ausbilder im NIBS (max. 2)

Angaben zur Ausbildungsstätte

kontinuierliche TMS- oder tES-Anwendung einschließlich EMG-basierter Schwellenbestimmung von min. 200 TMS/rTMS und/oder tES-Anwendungen pro Jahr an mindestens 10 Probanden/Patienten

Bitte spezifizieren unter Angabe des Bezugsjahrs):

Einrichtung beschäftigt mindestens zwei Personen (inkl. Antragsteller/-in) mit je mindestens fünfjähriger Praxiserfahrung in der Durchführung von TMS oder tES, von denen mindestens eine Person die Approbation als Arzt sowie das DGKN-Zertifikat „Therapeutische Hirnstimulation“ nachweisen kann

Akad. Titel, Vorname, Name, Position Person 1

ärztl. Approbation

NIBS-Zertifikat

TMS tES

Akad. Titel, Vorname, Name, Position Person 2

ärztl. Approbation

NIBS-Zertifikat

TMS tES

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