
Bestätigung der Ausbildung im TMS nach den Richtlinien der DGKN - Anlage 1 für zusätzliche ausbildende Einrichtungen -

Bitte nutzen Sie diese Anlage, um ggf. weitere im NIBS ausbildende Einrichtungen zu benennen, in denen Sie die im Ausbildungsbuch und der Richtlinie geforderten Messungen durchgeführt haben. Die Messungen sind im Ausbildungsbuch NIBS vom jeweiligen Auszubildenden per Unterschrift zu bestätigen.

Auszufüllen von dem NIBS-Ausbilder/der NIBS-Ausbilderin:

Hiermit bestätige ich,

Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Ausbilder/-in

, dass

Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/-r

Geburtsdatum

Anschrift

die im Ausbildungsbuch NIBS dokumentierten praktischen Bestandteile des Fortbildungscurriculums unter meiner Anleitung selbstständig durchgeführt hat.

von

bis

in (Einrichtung/Abteilung)

Unterschrift Ausbilder/-in der DGKN

Datum

Auszufüllen von dem Antragsteller/der Antragstellerin des NIBS-Zertifikats der DGKN:

Ich arbeite als

Ich beantrage das DGKN-Zertifikat für "nicht-invasive Hirnstimulation" für den Schwerpunkt:

Transkranielle Magnetstimulation (TMS) - siehe Kompetenzkatalog in der Richtlinie, Tabelle 1

Transkranielle Elektrostimulation (tES) - siehe Kompetenzkatalog in der Richtlinie, Tabelle 2