Ausbildungsbuch für das DGKN-Zertifikat "nicht-invasive Hirnstimulation" (NIBS)

von

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



Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.



Bestätigung der Ausbildung in NIBS nach den Richtlinien der DGKN

Auszufüllen von dem NIBS-Ausbilder/der NIBS-Ausbilderin: Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Ausbilder/-in Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/-r Geburtsdatum Anschrift die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten praktischen Bestandteile des Fortbildungscurriculums unter meiner Anleitung selbstständig durchgeführt hat. von bis in (Einrichtung/Abteilung) Unterschrift Ausbilder/-in der DGKN Datum Für die Angaben zu einer weiteren ausbildenden Einrichtung nutzen Sie bitte Anlage 1. Antrag auf das DGKN-Zertifikat "nicht-invasive Hirnstimulation" 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 Transkranielle Magnetstimulation (TMS) <u>und</u> Transkranielle Elektrostimulation (tES)

Bitte füllen Sie auf den nachfolgenden Seiten den Ihrer Berufsgruppe (MTA, Arzt/Ärztin, Wissenschaftler/-in) entsprechenden Teil des Einzelnachweises aus.





Einzelnachweis praktische Durchführung - MTAs u.ä.

50 Anwendungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.





Einzelnachweis praktische Durchführung - Ärztinnen/Ärzte

150 Anwendungen an mindestens 10 Patientinnen/Patienten

Lfd. Nr. Registriernr. Datum Lfd. Nr. Registriernr. Datum





Einzelnachweis praktische Durchführung - Ärztinnen/Ärzte

150 Anwendungen an mindestens 10 Patientinnen/Patienten

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.





Einzelnachweis praktische Durchführung - Ärztinnen/Ärzte

150 Anwendungen an mindestens 10 Patientinnen/Patienten

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.





Einzelnachweis praktische Durchführung - Wissenschaftler/-innen

70 Anwendungen an mindestens 30 Probandinnen/Probanden

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.





Einzelnachweis praktische Durchführung - Wissenschaftler/-innen

70 Anwendungen an mindestens 30 Probandinnen/Probanden

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.



Fortbildungsnachweise

Pflichtbestandteile der Ausbildung im TMS/tES

Ich habe im Rahmen des DGKN-Kongresses am NIBS-Curriculum als <u>obligatem Bestandteil der Ausbildung in nicht-invasiver Hirnstimulation*</u> wie folgt teilgenommen:

DGKN-Curriculum "Therapeutische Neurostimulation" Teil I - TMS* am:

DGKN-Curriculum "Therapeutische Neurostimulation" Teil II - tES* am:

Eintägiges DGKN-Curriculum "Therapeutische Neurostimulation" am:

Datum
TMS und tES bis 2025*

Fakultative Fortbildungen

Ich habe an nachfolgenden weiteren Veranstaltungen im Rahmen meiner Ausbildung in NIBS teilgenommen:

Titel der Fortbildung

Datum

Titel der Fortbildung

Datum

Datum

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGKN e.V.

Mit dem Antrag auf das DGKN-Zertifikat ist der Antrag auf Mitgliedschaft in der DGKN zu stellen, über das Online-Formular unter www.dgkn.de - "Ihre Mitgliedschaft".

^{*}Das Curriculum wurde bis 2025 als eintägiger Kurs für beide Schwerpunkte TMS und tES angeboten. Mit dem DGKN-Kongress 2026 findet das Curriculum, jährlich fokussierend auf je nur einen der beiden Schwerpunkte, alternierend statt. Beide Kursteile müssen verpflichtend absolviert werden unabhängig von dem Schwerpunkt des zu beantragenden Zertifikates. Teilnehmende des eintägigen Kurses sind von der ab 2026 gültigen Regelung ausgenommen. Hier reicht der Nachweis der Teilnahme am NIBS-Curriculum, wie es bis 2025 angeboten wurde.