|  |  |
| --- | --- |
| Antrag auf Ausbildungsberechtigung für EMG |  |

|  |  |
| --- | --- |
| An dieDGKN GeschäftsstelleRobert-Bosch-Str. 764293 Darmstadt | Tel. 06151-6673422Fax 06151-6673423zertifikate@dgkn.de |

Von

……………………………………………………….

(Vor u. Nachname)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Anrede | ……………………………………….. | Titel | ………………………………………… |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Vorname | ……………………...…...……….. | Nachname | ……………………………………. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Gebiet | ……………………...…...……….. | Funktion | ……………………...…...……….. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Anschrift der Ausbildung-stätte | .....................................................................................................................................………..........................................................................................................................………………………………………………………………………………………………… |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | E-Mail | ……………………………………. | Telefon | ……………………………………. |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Leitung der Einrichtung ……………………………………………………………………………………....  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Klinische Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):** |  |
|  | ……………….......................................................................................................................................………..................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………..………… |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EMG-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):** |  |
|  | ……………….......................................................................................................................................………..................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………..………… |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EMG-Zertifikat am ………………………. | Jetzige EMG-Tätigkeit seit ……………………….  |  |
|  |  |  |  |
|  | Weitere Zertifikate / Ausbildungsberechtigungen: …………………………………...………………….  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Angaben zur Ausbildungsstätte** |  |
|  |  |  |
|  | Zahl der Ausbildungsberechtigten: …………..  |  |
|  | Gesamtzahl der EMG-Untersuchungen/Jahr: ………….. , Letztes Kalenderjahr: …………..  |  |
|  | Zahl der Nadel-EMG-Untersuchungen/Jahr: …………..  |  |
|  | Anzahl der EMG-Geräte: …………..  |  |
|  | Weitere Untersuchungsmöglichkeiten:  |  |
|  | [ ]   | Einzelfaser-EMG | [ ]   | Makro-EMG |  |
|  | [ ]   | Automatische Analyse | [ ]   | Reflexuntersuchungen |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Bestätigung der Klink-/Institutsleitung**Die o.g. Angaben werden in ihrer Richtigkeit bestätigt. Der Antrag auf Ausbildungsberechtigung wird befürwortetDatum: ……………………….Unterschrift / Stempel | **Bestätigung der Klinikverwaltung**Die o.g. Angaben zu den Untersuchungszahlen werden bestätigt.Datum: ……………………….Unterschrift / Stempel |  |
|  |  |  |