

ANTRAG

auf Zertifizierung als

Teleneurophysiologie-Netzwerk der DGKN



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**

T +49 6151 3535753
M +49 176 32086837
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!**

Faktoren wie eine sinkende medizinische Versorgung im ländlichen Raum, der Wunsch nach Optimierung in der Notfallversorgung sowie eine voranschreitende Digitalisierung machen es notwendig, aber auch möglich, traditionelle Untersuchungs- und Diagnoseverfahren qualitativ auszubauen. Mit der **Zertifizierung von Teleneurophysiologischen Netzwerken** möchte die DGKN Anreize schaffen, telemedizinische Verbünde aus Konsilempfängern (Netzwerkzentralen und auswertende Zentren) und Konsilstellern (Institutionen/ Kliniken/ Praxen) zu begründen und bestehende in ihrer täglichen Arbeit zu fördern. Ein Netzwerk muss aus mindestens drei Konsilstellern und mindestens einem Zentrum als Konsilempfänger bestehen. **Konsilempfänger müssen Mitglied des DGKN e.V. sein.** Weitere Konsilsteller und/ oder -empfänger können über die Anlagen 1 bzw. 2 separat angemeldet werden. Das Zertifikat darf für Ihre Zwecke Verwendung finden, zum Beispiel auf Ihrer Website, in Stellenausschreibungen, Klinikberichten sowie in anderweitigen medialen Kommunikationsformen.

Bitte vergeben Sie hier eine Bezeichnung für das beantragte Teleneurophysiologie-Netzwerk:

Name des Teleneurophysiologischen Netzwerkes

Konsilempfänger (Netzwerkzentrale/ auswertendes Zentrum)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als **Konsilempfänger** beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Konsilsteller 1 (Institution/ Klinik/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als Konsilsteller beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Konsilsteller 2 (Institution/ Klinik/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als Konsilsteller beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Konsilsteller 3 (Institution/ Klink/ Praxis)

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als Konsilsteller beantragt wird	
LeiterIn der Einrichtung	
Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
E-Mail	
Telefon	

HINWEIS: Bei Ausscheiden einer der genannten Netzwerkpartner muss die Zertifizierung nach Vorliegen der zu erfüllenden Bedingungen neu beantragt werden. Es gelten die Anforderungen für teleneurophysiologische Netzwerke der DGKN wie unter www.dgkn.de publiziert.

Einhaltung der Vorgaben der DGKN

Die Antragsteller bestätigen mit Ihrer Unterschrift, Ableitungen und Beurteilungen von EEGs nach den Richtlinien der DGKN durchzuführen. Konsilempfänger müssen Mitglieder des DGKN e.V. sein bzw. eine Mitgliedschaft beantragen. Das digitale Antragsformular finden Sie unter www.dgkn.de.

Rezertifizierung

Die Rezertifizierung ist nach fünf Jahren erforderlich und gebunden an den Nachweis der Bedingungen gemäß Richtlinie Teleneurophysiologie-Netzwerke der DGKN.

Gebühren

Für die erstmalige Zertifizierung als auch die Rezertifizierung wird eine Gebühr von 500 EUR zzgl. der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer erhoben.

Einverständniserklärung

Hiermit stimmen wir der Nennung unseres Teleneurophysiologie-Netzwerkes auf der Website www.dgkn.de zu. Die Einwilligung kann jederzeit per E-Mail mit Betreff „Teleneurophysiologische Zertifizierung“ an sekretariat@dgkn.de widerrufen.

Mit Unterschrift werden die o.g. Bedingungen akzeptiert und die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Bestätigung des Konsilempfängers

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 1

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 2

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung des Konsilstellers 3

Datum

Unterschrift/Stempel
