

# Ausbildungsbuch

## für das PSG-Zertifikat der DGKN

von

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



! Bitte beachten Sie die Richtlinien in der aktuellen Fassung unter  
[dgkn.de](http://dgkn.de)

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

## Ausbildungszeiten

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Ausbilder/-in, dass

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

Anschrift

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten PSG-Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

von bis

ganztägig / halbtägig tätig in (Einrichtung/Abteilung)

Unterschrift Ausbilder/-in der DGKN  Datum

---

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Ausbilder/-in, dass

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

Anschrift

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten PSG-Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

von bis

ganztägig / halbtägig tätig in (Einrichtung/Abteilung)

Unterschrift Ausbilder/-in der DGKN  Datum

PSG-Auswertungen

---

## PSG-Auswertungen

---

20 kardiorespiratorische Polygrafien (Vorfelddiagnostik, selbständige Durchführung u. Befundung)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

---

## PSG-Auswertungen

---

10 PSG (selbständige Durchführung und kontinuierliche Überwachung)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

---

15 MSLT (selbständige Befundung)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

**15 MWT (selbständige Befundung)**

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

**15 Beatmungseinstellungen** (selbständige Durchführung; bei Patienten mit nächtlichen Atmungsregulationsstörungen oder neuromuskulären Erkrankungen mit CPAP, APAP, BiPAP und/oder ASV)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

---

**15 Kontrollen** (selbständige Durchführung; bei Patienten mit nächtlichen Atmungsregulationsstörungen oder neuromuskulären Erkrankungen mit CPAP, APAP, BiPAP und/oder ASV)

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Diagnose
----------	---------------	-------	----------

## Fortbildungsnachweis



Ja, ich habe min. 6 FBA-Punkte über Teilnahmen an DGKN-zertifizierten Fortbildungen erworben (bitte Nachweise beifügen und ausfüllen)\*:

Titel der Fortbildung | Veranstaltungsdatum

FBA-Punkte

! \* Bitte beachten Sie die aktuelle Richtlinie der Fortbildungsakademie (FBA) der DGKN und die darin enthaltenen Bedingungen zur Zertifizierung!

## Antrag auf Mitgliedschaft in der DGKN e.V.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag auf Mitgliedschaft über das Online-Formular unter  
[www.dgkn.de - "Ihre Mitgliedschaft"](http://www.dgkn.de - \).