

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



DGKN

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
-----	-----

<input type="checkbox"/> ganztätig / <input type="checkbox"/> halbtätig 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
-----	-----

<input type="checkbox"/> ganztätig / <input type="checkbox"/> halbtätig 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

PSG-Auswertungen

15 MSLT (selbständige Befundung)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

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**".