

Ausbildungsbuch

für das EMG-Zertifikat der DGKN

von

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



DGKN

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

! Bitte beachten Sie die Richtlinien in der aktuellen Fassung unter
dgkn.de

Ausbildungszeiten

Hiermit bestätige ich, , dass

<input type="text" value="Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

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

<input type="text" value="von"/>	<input type="text" value="bis"/>
----------------------------------	----------------------------------

<input type="text" value="ganztäglich /"/> <input type="text" value="halbtäglich tätig"/>	<input type="text" value="in (Einrichtung/Abteilung)"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

<input type="text" value="Unterschrift AusbilderIn der DGKN"/>	<input type="text" value="Datum"/>
----------------------------------------------------------------	------------------------------------

Hiermit bestätige ich, , dass

<input type="text" value="Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

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

<input type="text" value="von"/>	<input type="text" value="bis"/>
----------------------------------	----------------------------------

<input type="text" value="ganztäglich /"/> <input type="text" value="halbtäglich tätig"/>	<input type="text" value="in (Einrichtung/Abteilung)"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

<input type="text" value="Unterschrift AusbilderIn der DGKN"/>	<input type="text" value="Datum"/>
----------------------------------------------------------------	------------------------------------

EMG-Auswertungen

100 selbstständige neurophysiologische Untersuchungen (EMG, Neurografie)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

100 selbstständige neurophysiologische Untersuchungen (EMG, Neurografie)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

100 selbstständige neurophysiologische Untersuchungen (EMG, Neurografie)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

100 selbstständige neurophysiologische Untersuchungen (EMG, Neurografie)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

EMG-Auswertungen

150 selbstständige Nadel-EMG-Untersuchungen

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**".