|  |  |
| --- | --- |
| Antrag auf Ausbildungsberechtigung für EP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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):** |  |
|  | ……………….......................................................................................................................................………..................................................................................................................................................………………………………………………………………………………………………………..………… |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **EP-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):** |  |
|  | AEP: ………………………………….……………………………………………………………..…………  |  |
|  | SEP: ………………………………….……………………………………………………………..…………  |  |
|  | VEP: ………………………………….……………………………………………………………..…………  |  |
|  | MEP: ………………………………….……………………………………………………………..…………  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | EP-Zertifikat am ………………………. | Jetzige EP-Tätigkeit seit ……………………….  |  |
|  |  |  |  |
|  | Weitere Zertifikate / Ausbildungsberechtigungen: …………………………………...………………….  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Angaben zur Ausbildungsstätte** |  |
|  |  |  |
|  | Zahl der Ausbildungsberechtigten: …………..  |  |
|  | Zahl der Untersuchungen/Jahr: ………….. , Letztes Kalenderjahr: …………..  |  |
|  | AEP: ………….. SEP: ………….. VEP: ………….. MEP: ………….. |  |
|  | Anzahl/Art der Messplätze: …………..  |  |
|  | [ ]   | Erfahrung mit EP bei Kindern | [ ]   | Erfahrung mit EP auf Intensivstationen |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **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 |  |
|  |  |  |