|  |  |
| --- | --- |
| Antrag auf Ausbildungsberechtigung für EMG |  |

|  |  |
| --- | --- |
| An die  DGKN Geschäftsstelle  Robert-Bosch-Str. 7  64293 Darmstadt | Tel. 06151-6673422  Fax 06151-6673423  [zertifikate@dgkn.de](mailto:zertifikate@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):** | | | | | |  |
|  | ……………….......................................................................................................................................  ………..................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………..………… | | | | | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  | **EMG-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):** | | | | | |  |
|  | ……………….......................................................................................................................................  ………..................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………..………… | | | | | |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
|  | EMG-Zertifikat am ………………………. | | | Jetzige EMG-Tätigkeit seit ………………………. | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  | Weitere Zertifikate / Ausbildungsberechtigungen: …………………………………...…………………. | | | | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
|  | **Angaben zur Ausbildungsstätte** | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  |
|  | Zahl der Ausbildungsberechtigten: ………….. | | | | | |  |
|  | Gesamtzahl der EMG-Untersuchungen/Jahr: ………….. , Letztes Kalenderjahr: ………….. | | | | | |  |
|  | Zahl der Nadel-EMG-Untersuchungen/Jahr: ………….. | | | | | |  |
|  | Anzahl der EMG-Geräte: ………….. | | | | | |  |
|  | Weitere Untersuchungsmöglichkeiten: | | | | | |  |
|  |  | Einzelfaser-EMG | |  | Makro-EMG | |  |
|  |  | Automatische Analyse | |  | Reflexuntersuchungen | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  | **Bestätigung der Klink-/Institutsleitung**  Die o.g. Angaben werden in ihrer Richtigkeit bestätigt. Der Antrag auf Ausbildungsberechtigung wird befürwortet  Datum: ……………………….  Unterschrift / Stempel | | | **Bestätigung der Klinikverwaltung**  Die o.g. Angaben zu den Untersuchungszahlen werden bestätigt.  Datum: ……………………….  Unterschrift / Stempel | | |  |
|  |  | | | | | |  |