

# ANTRAG

## auf Ausbildungsberechtigung für EP

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische  
Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.  
Salvador-Allende-Platz 29  
07747 Jena

→ **Kontakt DGKN**  
F +49 3641 2956003  
M +49 176 61742747  
zertifikate@dgkn.de

! Dieses Formular ist digital beschreibbar und kann ebenfalls digital signiert werden! Es werden ausschließlich digital ausgefüllte Anträge zur Bearbeitung an [zertifikate@dgkn.de](mailto:zertifikate@dgkn.de) akzeptiert!

### Persönliche Angaben

Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
Gebiet	
Funktion	
Anschrift der Ausbildungsstätte bzw. Einrichtung, für welche die Ausbildungsberechtigung beantragt wird	
E-Mail	
Telefon	
Leiter/in der Einrichtung	

→ **Einverständnis zur Veröffentlichung im digitalen Ausbildungsverzeichnis:** (bitte zwingend Auswahl treffen!)

Hiermit willige ich der Veröffentlichung meiner Daten (Klinik, Anschrift, AusbilderIn, E-Mail, Modalität) im digitalen Ausbildungsverzeichnis zu. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail mit Betreff „Digitales Ausbildungsverzeichnis“ an [sekretariat@dgkn.de](mailto:sekretariat@dgkn.de) widerrufen.

Ich willige **nicht** ein.

Die Veröffentlichung kann auch zu einem späteren Zeitpunkt noch eingerichtet werden, selbständig im Mitgliederportal MyDGKN unter [www.dgkn.de](http://www.dgkn.de).

## Klinische Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

## EP-Ausbildung

Ausbildungsstätten und -zeiten

EP-Zertifikat am	Jetzige EP-Tätigkeit seit
------------------	---------------------------

Weitere Zertifikate/ Ausbildungsberechtigungen:

## Angaben zur Ausbildungsstätte

Zahl der Ausbildungsberechtigten	Ges.zahl der Untersuchungen/Jahr	Bezugsjahr		
Anzahl AEP/Jahr	Anzahl SEP/Jahr	Anzahl VEP/Jahr	Anzahl MEP/Jahr	Anzahl/Art der Messplätze

Sonstiges:

Erfahrungen mit EP bei Kindern

Erfahrungen mit EP auf Intensivstationen

### Bestätigung der Klinik-/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