

# Ausbildungsbuch

## für das EP-Zertifikat der DGKN

Für klassischen Ausbildungsweg oder Blended Learning

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](http://dgkn.de)

Diese Seite ist nur bei klassischem Ausbildungsweg auszufüllen!



AUSBILDUNGSBUCH FÜR DAS EP-ZERTIFIKAT DER DGKN

## Ausbildungszeiten

Hiermit bestätige ich,  , dass

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

<input type="text" value="Anschrift"/>
--

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

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

<input type="text" value="ganztäglich / 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"/>
--	---

<input type="text" value="Anschrift"/>
--

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

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

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

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

EP-Auswertungen

---

## EP-Auswertungen

### **20 AEP**

---

#### 10 AEP-Normalbefunde

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

---

#### 10 AEP Pathologische Befunde (Hirnstammprozesse, MS, Diagnose/Prognose auf Intensivstation, sonstige Pathologien)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

**100 SEP, davon je min. 30 von Armen und Beinen**

---

50 SEP-Normalbefunde

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

## 20 SEP Multiple Sklerose

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

---

## 10 SEP Andere spinale und zerebrale Prozesse mit Einbeziehung des somato-sensiblen Systems

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

10 SEP-Erkrankungen des peripheren Nervensystems (Plexo- und Radikulopathien, Guillain-Barré-Syndrom usw.)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

---

10 SEP-Untersuchungen zur Diagnose und/ oder Prognose auf Intensivstationen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

## 100 VEP

---

50 VEP-Normalbefunde

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

50 VEP Pathologische Befunde (Multiple Sklerose und Optikusneuritis sowie sonstige Läsionen des N. opticus, des Chiasma opticum sowie retrochiasmale Läsionen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum



EP-Auswertungen

**100 MEP, davon je min. 30 von Armen und Beinen**

---

50 MEP-Normalbefunde

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

20 MEP Multiple Sklerose

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

---

15 MEP Spinale Prozesse

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

15 MEP Zerebrale Prozesse mit Einbeziehung motorischer Bahnen und motorischer Systemerkrankungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

180 Kurven von Patientinnen/Patienten mit verschiedenen Diagnosen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

180 Kurven von Patientinnen/Patienten mit verschiedenen Diagnosen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

180 Kurven von Patientinnen/Patienten mit verschiedenen Diagnosen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EP-Auswertungen

---

180 Kurven von Patientinnen/Patienten mit verschiedenen Diagnosen

Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum	Lfd. Nr.	Registriernr.	Datum
----------	---------------	-------	----------	---------------	-------

Bitte stellen Sie Ihren Antrag auf Mitgliedschaft über das Online-Formular unter [www.dgkn.de](http://www.dgkn.de) - "Ihre Mitgliedschaft".

---

## Fortbildungsnachweis

Ich habe min. 4 FBA-Punkte über Teilnahmen an DGKN-zertifizierten Fortbildungen erworben (Variante 1)

Ich habe an einem Blended Learning-Kurs teilgenommen (Variante 2)

*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!