



Antrag auf Ausbildungsberechtigung für Elektromyographie

Name, Titel	Vorname		
Gebietsbezeichnung			
Derzeitige Funktion			
Anschrift der Ausbildungsstätte			
Leiter der Einrichtung			
Telefon	Telefax		
Datum			
Klinische Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):			
EMG-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):			
Mitglied der DGKN (EEG-Gesellschaft) seit:	EMG-Zertifikat am:		
Jetzige EMG-Tätigkeit seit:			
EEG-Zertifikat	nein / seit:		
EEG-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:		
EP-Zertifikat	nein / seit:		
EP-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:		
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	<input type="checkbox"/>	Makro-EMG	<input type="checkbox"/>
Automatische Analyse	<input type="checkbox"/>	Reflexuntersuchungen	<input type="checkbox"/>
Bestätigung des Klinik-/Institutsleiters:		Bestätigung der Klinikverwaltung:	
Die o.g. Angaben werden in ihrer Richtigkeit bestätigt. Die Ausbildungsberechtigung für den Antragsteller wird befürwortet.		Die o.g. Angaben zu den Untersuchungszahlen im letzten Kalenderjahr werden bestätigt.	
Datum:		Datum:	
Unterschrift / Stempel		Unterschrift / Stempel	

**Bitte den Vordruck mit Schreibmaschine vollständig ausfüllen und zurücksenden an:
 Sekretariat DGKN, Prof. Dr. D. Claus, Klinikum Darmstadt, 64276 Darmstadt,**