



**Antrag auf Ausbildungsberechtigung für Evozierte Potentiale**

<b>Name, Titel</b>	<b>Vorname</b>
Gebietsbezeichnung	
Derzeitige Funktion	
Anschrift der Ausbildungsstätte	
Leiter der Einrichtung	
Telefon	Telefax
Datum	
<b>Klinische Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):</b>	
<b>EP-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):</b>	
AEP: _____	
SEP: _____	
VEP: _____	
MEP: _____	
Mitglied der DGKN (EEG-Gesellschaft) seit:	EP-Zertifikat am:
Jetzige EP-Tätigkeit seit:	
EEG-Zertifikat	nein / seit:
EEG-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:
EMG-Zertifikat	nein / seit:
EMG-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:
<b>Angaben zur Ausbildungsstätte:</b>	
Zahl der Ausbildungsberechtigten:	
Zahl der Untersuchungen/Jahr: _____ (Letztes Kalenderjahr)	
AEP: _____	SEP: _____ VEP: _____ MEP: _____
Anzahl/Art der Meßplätze:	
Erfahrungen mit EP bei Kindern:	
Erfahrungen mit EP auf Intensivstationen:	
<b>Bestätigung des Klinik-/Institutsleiters:</b>  Die o.g. Angaben werden in ihrer Richtigkeit bestätigt. Die Ausbildungsberechtigung für den Antragsteller wird befürwortet.  Datum:  Unterschrift / Stempel	<b>Bestätigung der Klinikverwaltung:</b>  Die o.g. Angaben zu den Untersuchungszahlen im letzten Kalenderjahr werden bestätigt.  Datum:  Unterschrift / Stempel

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