



Antrag auf Ausbildungsberechtigung für Elektroenzephalographie

Name, Titel	Vorname		
Gebietsbezeichnung			
Derzeitige Funktion			
Anschrift der Ausbildungsstätte			
Leiter der Einrichtung			
Telefon	Telefax		
Datum			
Klinische Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):			
EEG-Ausbildung (Ausbildungsstätten und -zeit):			
Mitglied der DGKN (EEG-Gesellschaft) seit:	EEG-Zertifikat am:		
Jetzige EEG-Tätigkeit seit:			
EMG-Zertifikat	nein / seit:		
EMG-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:		
EP-Zertifikat	nein / seit:		
EP-Ausbildungsberechtigung	nein / seit:		
Angaben zur Ausbildungsstätte:			
Zahl der Ausbildungsberechtigten:			
Zahl der EEG-Ableitungen/Jahr:	(Letztes Kalenderjahr)		
Anzahl der EEG-Geräte/Verstärkerzahl:			
Anzahl der Fotostimulationsgeräte:			
Weitere Untersuchungsmöglichkeiten:			
EEG-Intensivstation	☐	Polygraphische Ableitungen	☐
Kurzschlaf-EEG	☐	Ganznachtschlaf	☐
24-Stunden-Langzeit-EEG	☐	Simultan-Doppelbild-Aufzeichnung	☐
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**