

ANTRAG

DGKN-Stipendium Fellow der Klinischen Neurophysiologie



DGKN

Deutsche Gesellschaft
für Klinische Neurophysiologie
und Funktionelle Bildgebung e.V.

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

→ **Kontakt DGKN**

T +49 6151 3535753
M +49 176 32086837
sekretariat@dgkn.de

→ Dieses Formular ist digital beschreibbar und kann ebenfalls digital signiert werden! **Es werden ausschließlich digital ausgefüllte Anträge zur Bearbeitung an sekretariat@dgkn.de akzeptiert!**

Durch stetigen Wissenszuwachs mit weitreichenden diagnostischen und therapeutischen Implikationen hat das Fach Neurologie in den zurückliegenden Jahren erheblich an Breite gewonnen. Unverändert beinhaltet die neurologische Facharztweiterbildung das gesamte Fachgebiet der Neurologie. Eine klinische Schwerpunktsetzung im Anschluss an die Weiterbildungszeit erscheint notwendig, um weiterhin alle Bereiche der Neurologie auch in der Tiefe abzubilden. Dies gilt in gleicher Weise für die Fachbereiche der Neurochirurgie, Psychiatrie und Neuropädiatrie.

Die Klinische Neurophysiologie ist elementarer Bestandteil der Diagnostik und Therapie im Bereich der Neuromedizin. Fachärzte mit fundierter neurophysiologischer Expertise werden in Klinik, Forschung und Lehre allerorten benötigt. Nicht jede neurologische Klinik hält jedoch die personellen und technischen Ressourcen für eine solche Vertiefung vor. Das sechsmonatige Fellowship der Klinischen Neurophysiologie zielt darauf ab, einen standardisierten Zugang zu einer solchen Zusatzqualifikation zu schaffen.

Persönliche Angaben

Anrede	Akademische(r) Titel	Geburtsdatum
Vorname	Nachname	
E-Mail	Telefon/Mobil	
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land

Ausbildung

Ich bin Facharzt/Fachärztin für:

Neurologie

Psychiatrie

Neurochirurgie

Pädiatrie mit Schwerpunktbez. Neuropädiatrie

Sonstiges (bitte näher beschreiben):

Berufliche Kontaktdaten Heimateinrichtung

Einrichtung/Institution		
Spezifikation der Einrichtung/Klinik/Abteilung		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land

Kontaktinformationen aufnehmende Einrichtung*

Einrichtung/Institution		
Spezifikation der Einrichtung/Klinik/Abteilung		
Leiter/-in neurophysiologisches Labor bzw. Betreuer/-in für Stipendiaten (DGKN-Ausbilder!)		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land

"Anerkannte Ausbildungsstätte" der DGKN

Mitglied einer Fachgesellschaft der IFCN

* Die aufnehmende Einrichtung muss "Anerkannte Ausbildungsstätte" der DGKN sein.

Zeitraum Stipendium

Bitte tragen Sie nachfolgend den anvisierten Zeitraum für das Stipendium ein. Insofern bereits ein konkretes Datum benannt werden kann, füllen Sie bitte Start und Ende des Stipendiums aus.

(Zeitraum für Antritt Stipendium ca. drei Monate nach jeweiliger Bewerbungsfrist:)	
Geplante Aufnahme des Stipendiums am	Geplantes Ende des Stipendiums am

Motivationsschreiben

Bitte beschreiben Sie hier die Motivation für Ihre Bewerbung, die Gründe für die Auswahl der oben benannten aufnehmenden Klinik sowie die Ziele, die Sie über dieses Stipendium zu erreichen hoffen.

Freistellungsbescheid & Empfehlungsschreiben 1

Hiermit wird bestätigt, dass der Antragstellende an unserer Klinik beschäftigt ist und für den auf S. 2 angegebenen Zeitraum von seinen/ihren Verpflichtungen freigestellt wird mit der Absicht, ein sechsmonatiges DGKN-Stipendium in der auf S. 2 benannten neurologischen Klinik zu absolvieren.

Kurzes, integriertes Empfehlungsschreiben:

oder: Dem Antrag ist ein Empfehlungsschreiben unserer Klinik beigelegt.

Bestätigung der Klinikleitung

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung der Klinikverwaltung

Datum

Unterschrift/Stempel

Empfehlungsschreiben 2

oder: Dem Antrag ist ein Empfehlungsschreiben unserer Klinik beigelegt.

Bestätigung der Klinikleitung

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung der Klinikverwaltung

Datum

Unterschrift/Stempel

Aufnahmebestätigung & Tätigkeitsbeschreibung

Hiermit wird bestätigt, dass der Antragstellende für den auf S. 2 benannten Zeitraum ein Stipendium in der neurophysiologischen Abteilung unserer Klinik absolvieren wird.

Kurzbeschreibung der geplanten Tätigkeit des/r Stipendiaten/-in:

Bestätigung der Klinikleitung

Datum

Unterschrift/Stempel

Bestätigung der Klinikverwaltung

Datum

Unterschrift/Stempel

Anlagen zum Antrag (Checkliste)

Approbationsurkunde

Lebenslauf (ggf. mit Publikationsliste)

Motivationsschreiben (wenn nicht auf S. 3 integriert)

Empfehlungsschreiben 1: entsendende Klinik (wenn nicht auf S. 4 integriert)

Empfehlungsschreiben 2 (wenn nicht auf S. 5 integriert)

Aufnahmebestätigung und Tätigkeitsbeschreibung für den/die Stipendiaten/-in
seitens der aufnehmenden Klinik (wenn nicht auf S. 6 integriert)

Facharztanerkennung

vorhandene DGKN-Zertifikate

DGKN-Mitgliedsantrag* bzw. - bei aktiver Mitgliedschaft - Mitgliedsnummer:

* *Digitales Online-Formular unter www.dgkn.de - Ihre Mitgliedschaft oder **HIER**.*

Unterschrift Antrag

Mit Unterzeichnung des Antrages werden die Rahmenbedingungen des Stipendiums, wie unter www.dgkn.de veröffentlicht, akzeptiert und die Richtigkeit der gemachten Angaben bestätigt.

Ort	Datum	Unterschrift Antragsteller/-in
-----	-------	--------------------------------