

Ausbildungsbuch

für das PSG-Zertifikat der DGKN

von

Frau/Herr, Titel, Vorname, Name Auszubildende/r

! Bitte beachten Sie die Richtlinien in der aktuellen Fassung unter dgkn.de



DGKN

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

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 EEG-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 Ausbilder/-in 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 EEG-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 Ausbilder/-in der DGKN"/>	<input type="text" value="Datum"/>
--	------------------------------------

PSG-Auswertungen

PSG-Auswertungen

20 kardiorespiratorische Polygrafien (Vorfelddiagnostik, selbständige Durchführung u. Befundung)

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

PSG-Auswertungen

PSG-Auswertungen

10 PSG (selbständige Durchführung und kontinuierliche Überwachung)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Diagnose

PSG-Auswertungen

150 kardiorespiratorische PSG mit Videometrie (unter Anleitung des Ausbilders nach den aktuellen AASM-Kriterien inklusive kardiorespiratorische und motorische Aufzeichnungen)

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

PSG-Auswertungen

15 MSLT (selbständige Befundung)

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

PSG-Auswertungen

15 MWT (selbständige Befundung)

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

15 Beatmungseinstellungen (selbständige Durchführung; bei Patienten mit nächtlichen Atmungsregulationsstörungen oder neuromuskulären Erkrankungen mit CPAP, APAP, BiPAP und/oder ASV)

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

PSG-Auswertungen

15 Kontrollen (selbständige Durchführung; bei Patienten mit nächtlichen Atmungsregulationsstörungen oder neuromuskulären Erkrankungen mit CPAP, APAP, BiPAP und/oder ASV)

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

Fortbildungsnachweis

- Ja, ich habe min. 6 FBA-Punkte über Teilnahmen an DGKN-zertifizierten Fortbildungen erworben (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!

Antrag auf Mitgliedschaft in der DGKN e.V.

Bitte stellen Sie Ihren Antrag auf Mitgliedschaft über das Online-Formular unter www.dgkn.de - "**Ihre Mitgliedschaft**".