



Anlage 1: Weitere Konsilsteller

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

Weiterer Konsilsteller (Institution/ Klinik/ Praxis)

bitte eintragen: Name des Teleneurophysiologie-Netzwerkes, für das ein weiterer **Konsilsteller** benannt wird:

Name und Anschrift der Einrichtung, für welche die Zertifizierung als **Konsilsteller** beantragt wird

LeiterIn der Einrichtung

Anrede

Akademischer Titel

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Zertifizierungsvoraussetzungen Konsilsteller

Bitte bestätigen Sie, dass Ihre konsilstellende Einrichtung die nachfolgenden Zertifizierungsvoraussetzungen erfüllt (bitte ankreuzen). Für eine vollständige Liste der Anforderungen siehe Richtlinie.

Jeder Konsilsteller verfügt über min. eine/-n MTA-F/MFA mit spezifischer Expertise

Name MTA-F/MFA

Jeder Konsilsteller stellt min. 12 Konsile pro Jahr an das auswertende Zentrum

Einverständniserklärung und Annahme der Bedingungen

Hiermit stimmen wir der Nennung unseres Teleneurophysiologie-Netzwerkes auf der Website www.dgkn.de zu. Die Einwilligung kann jederzeit per E-Mail mit Betreff „Teleneurophysiologische Zertifizierung“ an sekretariat@dgkn.de widerrufen werden.

Mit Unterschrift werden die Bedingungen auf S. 7 des Hauptantrages akzeptiert und die Richtigkeit der Angaben bestätigt.

Datum

Unterschrift/Stempel