

Ausbildungsbuch

für das EEG-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

Ausbildungszeiten

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr, Titel, Vorname, Name AusbilderIn, dass

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

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten EEG-Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

von	bis
<input type="checkbox"/> ganztätig / <input type="checkbox"/> halbtätig tätig	in (Einrichtung/Abteilung)
Unterschrift AusbilderIn der DGKN	Datum

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr, Titel, Vorname, Name AusbilderIn, dass

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

die in diesem Ausbildungsbuch dokumentierten EEG-Untersuchungen unter meiner Anleitung durchgeführt hat.

von	bis
<input type="checkbox"/> ganztätig / <input type="checkbox"/> halbtätig tätig	in (Einrichtung/Abteilung)
Unterschrift AusbilderIn der DGKN	Datum

EEG-Auswertungen

EEG-Auswertungen

10 selbstständige Ableitungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

200 Kurven gestreutes Patientengut

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen



200 Kurven gestreutes Patientengut

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen



200 Kurven gestreutes Patientengut

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen



200 Kurven gestreutes Patientengut

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen



200 Kurven gestreutes Patientengut

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

30 normale EEGs von Kindern ≤ 6 Jahren

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

30 normale EEGs von Kindern > 6 Jahren und Jugendlichen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

30 normale EEGs von Erwachsenen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

40 normale EEGs von Erwachsenen im höheren Alter (≥ 75 Jahre)

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

50 EEGs mit Auftreten von Schlaf

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

200 EEGs mit epilepsietypischen Potentialen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

200 EEGs mit epilepsietypischen Potentialen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

200 EEGs mit epilepsietypischen Potentialen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

200 EEGs mit epilepsietypischen Potentialen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

100 EEGs mit regionalen Verlangsamungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

100 EEGs mit regionalen Verlangsamungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

50 EEGs mit generalisierten Verlangsamungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

EEG-Auswertungen

50 EEGs bei Bewusstseinsstörungen

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Lfd. Nr. Registriernr.

Datum

Fortbildungsnachweis

Ich habe an folgender DGKN-zertifizierter Fortbildung teilgenommen (Titel, Veranstaltungsdatum):

ANTRAG

auf Mitgliedschaft in der DGKN



DGKN

Deutsche Gesellschaft
für Klinische Neurophysiologie
und Funktionelle Bildgebung

Mitgliederservice

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische
Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung
Robert-Bosch-Straße 7
64293 Darmstadt

→ **Kontakt DGKN Mitgliederservice**

T +49 6151 6673422

F +49 6151 6673423

mitgliederservice@dgkn.de

! Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es möglichst per E-Mail an mitgliederservice@dgkn.de.
Digitale Signaturen sind möglich.

Persönliche Angaben*

Anrede	Akademische(r) Titel	Geburtsdatum
Vorname		Nachname
Berufliche Bezeichnung / Facharzttitel, Zusatzbezeichnungen		

Ich bin: ☐ Student ☐ Ass.-Arzt ☐ Facharzt ☐ Niedergelassen ☐ Oberarzt ☐ Chefarzt

☐ Sonstiges (bitte definieren)

Ich möchte folgende Mitgliedschaft*

☐ mit Zertifikat** ☐ ohne Zertifikat

- ☐ Junge Klinische Neurophysiologen – Beginners
- ☐ Junge Klinische Neurophysiologen – Advanced
- ☐ Ordentliche Mitgliedschaft
- ☐ Ordentliche Mitgliedschaft – Senior
- ☐ Außerordentliche Mitgliedschaft

! Für eine Assoziierte Mitgliedschaft
wenden Sie sich bitte persönlich
an die Geschäftsstelle.

Alle Details zu den verschiedenen
Mitgliedschaftsarten finden Sie auf
unserer Website www.dgkn.de

☐ Ich wurde von einem DGKN-Mitglied geworben.

Derwerbende erhält eine Prämie, insofern der Geworbene eine Mitgliedschaft **ohne Zertifikatserwerb** beantragt:

Mitgliedsname und Ort des werbenden Mitglieds (falls bekannt)

* Die mit Sternchen gekennzeichneten Bereiche sind Pflichtangaben!
** Bitte ankreuzen, wenn Ihr Antrag auf Mitgliedschaft im Zusammenhang mit dem Erwerb eines Zertifikates steht.

Berufliche Kontaktdaten*

Einrichtung / Institution		
Spezifikation der Einrichtung / Klinik / Abteilung		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land
E-Mail		
Telefon		

Private Kontaktdaten*

Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Land
E-Mail		
Telefon		

Zeitschriften-Abonnement Klinische Neurophysiologie*

Wählen Sie Ihre Option „Junge Klinische Neurophysiologen – Beginners“ erhalten „e-only“ kostenlos. „Junge Klinische Neurophysiologen – Advanced“ und „Ordentliche Mitgliedschaft“ beinhaltet eine der beiden Optionen als obligates Abonnement. Für „Ordentliche Mitgliedschaft – Senior“ und „Außerordentliche Mitgliedschaft“ ist das Abonnement nicht obligat, es kann aber auf Wunsch kostenpflichtig bestellt werden. Beachten Sie auch die Hinweise auf der nächsten Seite:

- ☐ **„Print & e“** – Komplettpaket mit 4 Printausgaben pro Jahr, App und Online-Zugang zum digitalen Archiv der Zeitschrift: 56 €/Jahr zzgl. MwSt.
- ☐ **„e-only“** – beinhaltet nur den Online-Zugang zur Zeitschrift inkl. Zugriff auf das Archiv: 45 €/Jahr zzgl. MwSt.

! Für postalische Zusendungen (u.a. Rechnungen, Zeitschrift etc.) werden automatisch Ihre beruflichen Kontaktdaten verwendet.

- ☐ Ich möchte, dass Sie mich ausschließlich über die Privatadresse kontaktieren.

Satzung

Die Satzung der DGKN in der aktuell gültigen Form finden Sie zum Download unter www.dgkn.de.

Beitragsordnung

Unsere aktuelle Beitragsordnung steht für Sie zur Information und zum Download auf unserer Webseite unter www.dgkn.de zur Verfügung. In Härtefällen können formlose Anträge auf Beitragsminderung bzw. -freistellung gestellt werden, die durch den Vorstand begutachtet werden. Weiterführende Informationen hierzu können Sie unserer Beitragsordnung entnehmen. Bei Aufnahme ab dem 1. Juli eines Jahres wird der Jahresmitgliedsbeitrag nur hälftig in Rechnung gestellt. Ab 1. Oktober eines Jahres ergeht keine Mitgliedsrechnung für das verbleibende Kalenderjahr.

Bezug der Zeitschrift „Klinische Neurophysiologie“

Das Zeitschriftenabonnement wird als Mitteilungsorgan der Gesellschaft genutzt, ist obligater Bestandteil der Mitgliedschaft und wird zusätzlich zum Mitgliedsbeitrag berechnet. Es kann zwischen zwei Paketen gewählt werden: „Print & e“ 56,- €/Jahr zzgl. MwSt. – Komplettpaket mit Printausgabe der Zeitschrift, App und Online-Zugang zum Zeitschriftenarchiv, oder „e-only“ für 45,- €/Jahr zzgl. MwSt. – beinhaltet nur den digitalen Zugang zur Zeitschrift. Weiterführende Informationen sowie Ausnahmeregelungen entnehmen Sie bitte der Beitragsordnung.

MyDGKN – Interner Bereich Webseite

Mit der Bestätigung Ihrer Mitgliedschaft erhalten Sie die Zugangsdaten für den internen Mitgliederbereich auf www.dgkn.de. Nach dem ersten Einloggen können Sie ein individuelles Passwort anlegen.

Änderungsmeldungen

Mit Unterzeichnung des Mitgliedsantrages verpflichten Sie sich zur selbständigen Mitteilung Ihres geänderten Beitragsstatus sowie zur eigenständigen Pflege Ihrer Kontaktinformationen im Mitgliederportal „MyDGKN“. Alternativ können Sie Änderungsmeldungen auch per E-Mail an mitgliederservice@dgkn.de richten. Kündigungen sind mit einer Frist von mindestens drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres in Textform an die Geschäftsstelle zu richten. Die Mitgliedschaft endet dann zum 31. Dezember des Jahres.

Datenschutzrechtliche Hinweise

Mit Unterschrift Ihres Aufnahmeantrages erklären Sie sich mit der Speicherung und Nutzung Ihrer hier erhobenen Daten zu satzungsgemäßen Zwecken der DGKN einverstanden. Die Rechtsgrundlage hierfür ergibt sich aus Art. 6 DSGVO.

Soweit keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist existiert, werden die Daten gelöscht, sobald eine Speicherung nicht mehr erforderlich, bzw. das berechtigte Interesse an der Speicherung erloschen ist. Im Falle einer Kündigung Ihrer Mitgliedschaft werden Ihre Daten umgehend gelöscht.

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur an den für den Versand der Zeitschrift „Klinische Neurophysiologie“ zuständigen Verlag (derzeit Georg Thieme Verlag) sowie an das mit der Kongressorganisation beauftragte Unternehmen (derzeit Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH). Es erfolgt keine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte für Werbezwecke!

Einzugsermächtigung / Sepa-Lastschriftmandat

Name und Anschrift (Sitz) des Zahlungsempfängers: Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung – DGKN Geschäftsstelle – Büro Darmstadt Robert-Bosch-Straße 7 64293 Darmstadt	Name und Anschrift des Mandanten (vom Antragsteller auszufüllen)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00000622300	Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer) (wird von der DGKN ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich die DGKN widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KLINISCHE NEUROPHYSIOLOGIE UND FUNKTIONELLE BILDGEBUNG (Zahlungsempfänger) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	
BIC	IBAN
Ort / Datum	Unterschrift

Unterschrift Antrag*

Mit Unterzeichnung Ihres Mitgliedschaftsantrages erklären Sie sich einverstanden mit der Satzung sowie der Beitragsordnung der DGKN.

Ort / Datum	Unterschrift
-------------	--------------