

Fortbildungsnachweis Rezertifizierung Wundexperte ICW® /Pflegetherapeut Wunde ICW®

Frau/ Herr _____

Anschrift, Telefon, e-mail: _____

Teilnahme an folgenden Fortbildungsveranstaltungen:

Datum	Bestätigte Fortbildungs-punkte Lt. Zertifizierungs-stelle	Veranstaltungsart: a) Wund- Kongress einer Fachgesellschaft b) Anwesenheits-Fortbildung durch anerkannten Bildungsträger c) Fernfortbildung d) Hospitation in nach Wundsiegel zertifizierten Einrichtung	Inhalt/ Thema	Nachweis erbracht × nur bei Bescheinigung durch anerkannten Bildungsträger	Nachweis beigefügt (Kopie)

Rezertifizierungs-Punkte gesamt: _____ **Die Fortbildungsleistung der oben genannten Person wird hiermit bestätigt:**

Ort, Datum	Ort, Datum
Name +Unterschrift Verantwortlicher Bildungsinstitut (anerkannt durch ICW/TÜV)	Unterschrift Verantwortlicher Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle ICW/ pers.Cert TÜV

Antrag zur Rezertifizierung Teilnehmer

Der Antrag bezieht sich auf

Herr/Frau _____

Postanschrift: Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

1. Wundexperte ICW / TÜV

Zertifikat ausgestellt am: _____

Zertifikatnummer: _____

2. Pflegetherapeut Wunde ICW / TÜV

Zertifikat ausgestellt am: _____

Zertifikatnummer: _____

3. Fortbildungspunkte

Die Fortbildungsmaßnahmen von vorgeschriebenen acht Punkten/Jahr damit insgesamt 40 Punkte in fünf Jahren wurden erbracht. (1 Unterrichtsstunde a 45 Min. = 1 Fortbildungspunkt, 1 Kongresstag = 6 Fortbildungspunkte, 1 Std/ 60 min. Hospitation = 1 Fortbildungspunkt)

Die einzelnen Nachweise liegen wurden dem Bildungsträger vorgelegt und wurden durch ihn schriftlich bestätigt

Die einzelnen Nachweise sind in der Anlage beigefügt.

Die Grundqualifikation ist als Kopie bescheinigt (Arzt, Apotheker, med. Fachangestellte Pflegefachkraft, Podologe)

Die für eine Fristverlängerung erforderliche ärztliche Attestierung liegt vor

4. Praktische Tätigkeit

Während der letzten fünf Jahre war ich in der Praxis in folgendem zeitlichen Umfang mit dem Themengebiet „Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden“ betraut:

Ca. Stunden/Monat:

5. Ich beantrage eine Rezertifizierung. Die Rechnung für die Rezertifizierung

Senden Sie an die oben genannte Adresse

Wurde mit dem Bildungsträger verrechnet (Bei Antrag über Bildungsträger)

Senden Sie an folgende Rechnungsadresse:

Datum/Ort

Unterschrift des Antragstellers

Zusendung an: TÜV Rheinland Pers.Cert.
Alboinstraße 56, 12103 Berlin; Stichwort: „Rezertifizierung Wundkurse“

Antrag **Bildungsanbieter** zur Rezertifizierung von Teilnehmern

Name und Anschrift des nach ICW/TÜV anerkannten Bildungsinstituts:

Für folgende Teilnehmer beantragen wir die Rezertifizierung:

Name	Abschluss als W = Wundexperte ICW PT = Pflegetherapeut Wunde Vom: Datum	Zertifikat Nr.

Bestätigung

- Die Teilnehmer haben die einzelnen Nachweise vorgelegt. Nach deren Prüfung haben wir für die aufgeführten Teilnehmer festgestellt, dass diese die erforderlichen Fortbildungspunkte erbracht haben.
- Die Grundqualifikation wurde von allen nachweislich bescheinigt (Arzt, Apotheker, med. Fachangestellte Pflegefachkraft, Podologe)
- Erforderliche ärztliche Attestierung wurde vorgelegt

Rechnungsadresse:

- Senden Sie die Rechnung für die Rezertifizierung der Teilnehmer gesammelt an die oben genannte Adresse unseres Bildungsinstituts
- Senden Sie die Rechnung jeweils einzeln an die antragstellenden Teilnehmer

Datum/Ort

Unterschrift u. Name des Antragstellers

Zusendung an: TÜV Rheinland Pers.Cert.
Alboinstraße 56, 12103 Berlin; Stichwort: „Rezertifizierung Wundkurse“