

## Anmeldung zur Teilnahme am Weiterbildungslehrgang zur Wundassistent/-in DDG

### Teilnehmer/in:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Ort: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

### Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

### Abgeschlossene Berufsausbildung:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetesberater/-in DDG          | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegerin  |
| <input type="checkbox"/> Diabetesassistent/in DDG         | <input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte (MFA) |
| <input type="checkbox"/> Podologe/-in                     | <input type="checkbox"/> Altenpflegerin                     |
| <input type="checkbox"/> Operationstechnische Assistentin |   |

## Anlagen:

Nachweis über abgeschlossene Berufsausbildung (Kopie)

**Liegt eine praktische Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem ärztlich geleiteten Team vor?**

ja       nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bestätigung durch den Praxisinhaber/Leiter der Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel

## Teilnahmegebühren:

Die Kosten des Weiterbildungskurses betragen **700,00 EUR**.

Die Bezahlung erfolgt spätestens 4 Wochen nach Anmeldung bzw. spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn auf das Konto des DZT e. V.

Für bereits gebuchte Plätze erheben wir bei Absage folgende Stornogegebühren:

3 Wochen vor Beginn der Veranstaltung: 50 Prozent

2 Wochen vor Beginn der Veranstaltung: keine Rückerstattung

Ich melde mich/meine Mitarbeiterin zum Weiterbildungslehrgang Wundassistent/-in DDG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom **26.04.-28.04.2023 (1. Block) und 03.05.-05.05.2023 (2. Block)** an. verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber