

Fortbildungsnachweis Rezertifizierung

Frau/ Herr _____

Anschrift, Telefon, e-mail: _____

Teilnahme an folgenden Fortbildungsveranstaltungen:

Datum	Fortbildungspunkte (1 Ustd. A 45 Min = 1 Pkt. 1 Kongresstag= 6 Pkt.)	Veranstaltungsart: Kongress (ICW/ TÜV) Fortbildung durch anerkannten Bildungsträger	Inhalt	Nachweis erbracht × nur bei Bescheinigung durch anerkannten Bildungsträger	Nachweis beigefügt (Kopie)

Stunden gesamt: _____ **Die Fortbildungsleistung der oben genannten Person wird hiermit bestätigt:**

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Verantwortlicher
Bildungsinstitut

Unterschrift Verantwortlicher
Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle ICW/ pers.Cert TÜV



Antrag zur Rezertifizierung

Name und Anschrift

Herr/Frau

.....

.....

1. Wundexperte ICW / TÜV

Zertifikat vom: _____ Nummer: _____

2. Pflegetherapeut Wunde ICW / TÜV

Zertifikat vom: _____ Nummer: _____

3. Schulungsmaßnahmen

Die Schulungsmaßnahmen von vorgeschriebenen 8 Punkte/Jahr wurden erbracht. Der Nachweis ist in der Anlage beigefügt.

(1 Unterrichtsstunde a 45 Min.= 1 Fortbildungspunkt, 1 Kongresstag = 6 Fortbildungspunkte)

4. Praktische Tätigkeit

Während der letzten 5 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

senden sie an folgende abweichende Rechnungsadresse

Datum/Ort

Unterschrift des Antragstellers

Zusendung an: TÜV Rheinland, Bildung und Consulting GmbH, Pers.Cert.
Rhinstraße 46, 12681 Berlin

Fortbildungsnachweis Rezertifizierungsschulung Fachpersonal Stand: 2010. 01.