

Bewerbung zur Weiterbildung Diabetesassistent*in DDG

Persönliche Angaben:			
Name, Vorname:			Geb. am:
Straße, Hausnr:			Geburtsort:
PLZ Wohnort:			Staatsangehörigkeit:
Grundberuf:			
Telefon privat:		Tel. dienstlich	
Telefon mobil:		E-Mail:	
Angaben zum/r Arbeitgeber*in:			
<u>Art der Einrichtung</u> <input type="checkbox"/> Praxis <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Reha	<u>Name Einrichtung:</u>		<u>Fachbereich:</u> <input type="checkbox"/> Diabetes-Schwerpunkt/ Endokrinologie <input type="checkbox"/> Hausärztl./Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Intensiv Medizin <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Andere
Straße, Hausnr.:			<u>Pädiatrie-Schwerpunkt:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ Ort Dienststätte:			Tel:
Entsendender Arzt/Ärztin od. ^[P] _[SEP] Diabetolog*in			E-Mail:
Beschäftigungszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (____ Std./Woche) <input type="checkbox"/> Sonstige _____			

Hiermit bewerbe ich mich um einen Weiterbildungsplatz zur **Diabetesassistent*in DDG**.
Bitte senden Sie folgende Unterlagen per Mail mit dem Bewerbungsbogen an die DDG:

- Lebenslauf** (tabellarisch) **(Pflicht)**
- Urkunde Grundberuf - mit Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung - **(Pflicht)**
- Zeugnis Grundberuf inkl. Benotung **(Pflicht)**
- Nachweis Deutschkenntnisse Niveau B2 **(Pflicht / für Menschen aus anderen Sprachräumen)**
- Kopie Urkunde des/der betreuenden Diabetologen /Diabetologin **(Pflicht)**

Ich verfüge bereits über folgenden zusätzlichen Abschluss und lege die Urkunde bei:

- Wundassistent*in DDG
- Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Langzeit)
- Diabetes-Pflegefachkraft DDG (Klinik)
- sonstige _____

Bitte geben Sie hier den Kurs an, für den Sie sich registriert haben (Kursnr. oder Ort und Startdatum)

Erstwunsch

Zweitwunsch (falls Registrierung auf Warteliste erfolgt)

Die Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG erfordert insgesamt einen Umfang von **160 Stunden Praxiszeit**, die während der Weiterbildung absolviert werden müssen. Diese 160 Stunden Praxiszeit können vollständig in der Diabetologie (Klinik/Praxis) erbracht werden. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, 120 Stunden Praxiszeit in einer Einrichtung zu absolvieren, die mit Menschen mit Diabetes im Kontext steht (z.B. Hausarztpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen). In diesem Fall müssen zusätzlich **40 Stunden Praxiszeit** in einer diabetologischen Einrichtung absolviert werden.

Bitte setzen Sie entsprechend die Unterschriften, wie unten aufgeführt:

Bestätigung der 160 bzw. 120* Std. Praxiszeit durch den Arbeits- und/oder Praktikumsgeber*in

- Arbeitsverhältnis **120*** Stunden Praxiszeit
- Praktikumsverhältnis **160** Stunden Praxiszeit

Hiermit bescheinige ich,

_____ **Stempel UND Name** Arbeitgeber*in oder Praktikumsplatz in Druckschrift

dass der/die Bewerber*in während der Weiterbildung die Transferaufgaben der Praxiszeiten in meiner/unsere
Einrichtung absolvieren kann.

Ort, Datum

Unterschrift **Arbeitgeber*in/ Praktikumsgeber*in**

*** Bestätigung der zusätzlichen 40 Stunden Praxiszeit in der Diabetologie:**

Teilnehmer*innen, die den Gesamtumfang von 160 Stunden in der Diabetologie absolvieren, benötigen hier **keine** zusätzliche Unterschrift des Diabetologen/der Diabetologin.

Hiermit bescheinige ich,

_____ **Stempel UND Name** Diabetologe/Diabetologin

dass der/die Bewerber*in die während der Weiterbildung zur Diabetesassistent*in DDG geforderten 40 Stunden Praxiszeit, in einer diabetologischen Einrichtung (Klinik oder Praxis) absolviert.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Diabetologe/ Diabetologin

Freistellungserklärung des/r Arbeitgeber*in

Der/ Die Bewerber*in wird von uns/mir als **Arbeitgeber*in** für die Zeit der Weiterbildung zum/r Diabetesassistent*in sowohl für die Präsenzzeiten als auch für die Hospitationszeiten von der Arbeitszeit freigestellt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber*in

Rechnungsanschrift *

- Selbstzahler*in
- Arbeitgeber*in
- Sonstige
- Förderung

Empfänger*in: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

erteilt durch: _____

E-Mail: _____

** Bitte beachten Sie die Kurs- und Zahlungsbedingungen auf Seite 5*

Erklärung der Bewerber*in

Ich bin darüber informiert, dass inhaltlich nichtzutreffende Bescheinigungen dazu führen können, dass ich künftig nicht mehr zur Diabetesassistent*innen-Weiterbildung der DDG zugelassen bzw. auch aus einem laufenden Weiterbildungskurs verwiesen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber*in

Praxisphase

Praktischen Ausbildung im Rahmen der Weiterbildung Diabetesassistent*in DDG

Informationen für den Arbeitgebenden/Praktikumsgebenden

Neben der theoretischen Ausbildung, die in Präsenz- und Onlineblöcken absolviert wird, ist die **praktische Ausbildung im Rahmen der Betreuung von Menschen mit Diabetes im Umfang von 160 Stunden, davon mindestens 40 Stunden in der Diabetologie (Praxis oder Klinik)** entscheidend für das gute Durchlaufen der Weiterbildung und letztlich das Bestehen von Prüfungsleistungen. Alle Prüfungsleistungen orientieren sich an den Belangen des praktischen Alltages in Klinik oder im ambulanten Bereich.

Während der Weiterbildungszeit ermöglicht der obligatorische Kontakt zu Menschen in diabetischer Stoffwechsellage den Teilnehmenden, Erfahrungen in der Kommunikation, Anleitung und in Schulungssituationen zu erwerben.

Neben dem Beleg über die Ableistung der Praxisstunden legen die Teilnehmenden bis zur Prüfung darüber hinaus ein zertifiziertes Schulungszertifikat für [Schulungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2](#). Diese Seminare sind zusätzlich zu der regulären Weiterbildungszeit zu leisten. Sie werden ggf. über die Weiterbildungsstätte angeboten oder können bei externen Anbietern gebucht werden. Informationen erhalten Sie während der Weiterbildung.

Bitte kontaktieren Sie uns gerne, wenn noch Fragen bestehen unter weiterbildung@ddg.info oder 030 311 69 37-18/26 oder auch die Weiterbildungsstätte direkt.

Wir danken schon jetzt für Ihren sehr wichtigen Anteil an der Weiterbildung Ihres/r Mitarbeiter*in bzw. der Praktikant*in und wünschen viel Erfolg!

QM-Nr. FO-DDG-WB-DiAss-xx	Version: 1	Erstellungsdatum: 19.06.2023	Revisionsdatum: 21.06.2023	Erstellt von: WBS - GS
------------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

Kurs- und Zahlungsbedingungen
zur Diabetesedukation der DDG

1. Mit Eingang der Bewerbungsunterlagen gilt die Anmeldung zur Teilnahme am gewünschten Kurs, unter der Voraussetzung der Erfüllung aller Zulassungsbedingungen, als rechtsverbindlich.
2. Nach Eingang der Bewerbung in der Geschäftsstelle der DDG besteht ein 14-tägiges Widerrufsrecht. Der Widerruf ist schriftlich per Mail oder auf dem Postweg anzuzeigen.
3. Bei Stornierung der Teilnahme NACH der Widerrufsfrist wird eine Stornierungsgebühr in Höhe von 350,00 EUR/bei Wahlmodulen W1 und W2 in Höhe von 50,00 EUR fällig.
4. Mit schriftlicher Zusendung des Zulassungsbescheids (E-Mail/Postweg) ist die Teilnahme an der Weiterbildung bestätigt. Dies setzt ggf. ein erfolgreich durchgeführtes Bewerbungsgespräch voraus. Über die Notwendigkeit dieses Gesprächs entscheidet die Weiterbildungsstätte individuell.
5. Vier bis sechs Wochen vor Kursstart wird die Gesamtgebühr für den gewählten Weiterbildungslehrgang zur Diabetesassistent*in DDG in Rechnung gestellt. Der Betrag wird innerhalb des Zahlungsziels vollständig fällig.
6. Soweit die Zahlung nicht innerhalb des Zahlungsziels geleistet wird, behält sich die Gesellschaft vor, den Bewerber*innen vom Kurs auszuschließen. In diesem Fall sind Stornierungsgebühren entsprechend Zf. 7 zu zahlen.
7. Bei Stornierungen in den unten angegebenen Zeiträumen durch die Teilnehmer*in oder die Gesellschaft nach Zf. 6 erhebt die Gesellschaft (gleich aus welchem Grund) die folgenden Stornierungsgebühren:
 - a. Stornierung nach erfolgter Registrierung (ohne persönl. Rückmeldung/Zusendung von Unterlagen) später als 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 150,00
 - b. Stornierung nach Eingang der Bewerbungsunterlagen (siehe Zf. 3)
EURO 350,00 (siehe Zf. 3)
 - c. Stornierung 8 bis 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 700,00 Qualifikation Diabetesassistent*in DDG
 - d. Stornierung später als 4 Wochen vor Kursbeginn
EURO 1.150,00 Qualifikation Diabetesassistent*in DDG
 - e. Stornierung später als 1 Woche vor Kursbeginn
EURO 2.350,00 Qualifikation Diabetesassistent*in DDG
- f. Bei Nichterscheinen oder Abbruch des Kurses innerhalb der Kurslaufzeit wird die Kursgebühr nicht erstattet.
- g. Sofern für den Rechnungs- oder einen Rechnungsteilbetrag eine externe Förderung vorgesehen ist, erklärt sich der/die Teilnehmer*in bereit, im Fall eines Ausfalls dieser Zahlung den vorgesehenen Betrag zu begleichen.
- h. Die Gesellschaft ist berechtigt, den in der Rechnung genannte Kurs zu verlegen. Kann oder will der/die Teilnehmer*in an dem alternativ angebotenen Kurs nicht teilnehmen, wird die vollständige Gebühr erstattet.

QM-Nr. FO-DDG-WB-DiAss-xx	Version: 1	Erstellungsdatum: 19.06.2023	Revisionsdatum: 21.06.2023	Erstellt von: WBS - GS
------------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------

- i. Sollte ein Kurs, z. B. wegen zu geringer Teilnehmerzahl, gänzlich ausfallen, wird die vollständige Gebühr gleichfalls erstattet.

Ich (Teilnehmer*in) habe die Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Ort/Datum

Unterschrift Bewerber*in

Ich (Rechnungsempfänger*in) habe die Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert

Ort/Datum

Unterschrift Rechnungsempfänger*in

Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzrichtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Kenntnis genommen habe und mit dem Umgang mit meinen Daten und mit der Weitergabe an die ausgewählte/n Weiterbildungsstätte/n einverstanden bin. Die DDG als Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts versichert mir insoweit die Einhaltung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. - <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/datenschutz.html>

Ort/Datum

Unterschrift Bewerber*in

Bitte überprüfen Sie, ob alle Inhalte vollständig ausgefüllt sind. Erst nach vollständigem Eingang können wir die Unterlagen weiterbearbeiten!

QM-Nr. FO-DDG-WB-DiAss-xx	Version: 1	Erstellungsdatum: 19.06.2023	Revisionsdatum: 21.06.2023	Erstellt von: WBS - GS
------------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------