

Geschäftsstelle der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft  
Frau Susa Schmidt-Kubeneck  
Albrechtstr. 9  
10117 Berlin

E-Mail:  
[weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info)

**NUR für Diabetesassistent/innen! Bewerbung zur  
Weiterbildung zur Diabetesberater/in DDG – Aufbauqualifikation**

Persönliche Angaben:			
Name, Vorname:		Geb. am:	
Straße, Hausnr:		Geburtsort:	
PLZ Wohnort:		Staatsangehörigkeit:	
Grundberuf:		Zeugnis und Erlaubnisurkunde	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetesassistent/in:	<input type="checkbox"/> ja Ausbildungsort:	Urkunde Diabetesass. vorhanden	<input type="checkbox"/> ja
Wundassistent/in DDG	<input type="checkbox"/> ja Ausbildungsort: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aber vgl. Ausbildung (ICW, DGFW)	Urkunde Wundass. vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon privat:		Tel. dienstlich	
Telefon mobil:		E-Mail:	
<p><b>Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an den <b>Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland e.V. (VDBD)</b> einverstanden.</b></p>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zum Arbeitgeber:			
Praxis/Klinik:		Art:	
Straße:		Hausnr.:	
PLZ/Ort Dienststätte:		Tel:	
Ansprechpartner/i:		E-Mail:	
Beschäftigungszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ( ____ Std./Woche) <input type="checkbox"/> Sonstige _____			

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 19.11.2014	Revisionsdatum: 11.02.2020	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Hiermit bewerbe ich mich um einen Weiterbildungsplatz zur **Diabetesberater/in DDG**.

Diesem Bewerbungsschreiben lege ich zum Verbleib folgende Kopien bei:

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> <b>Zeugnis (Pflicht)</b> mit Benotung für den <b>Ausbildungsabschluss:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in</p> <p><input type="checkbox"/> Altenpfleger/in</p> <p><input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte/r (MFA)</p> <p><input type="checkbox"/> Diätassistent/in</p> <p><input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger</p> <p><input type="checkbox"/> (Oeco)tropholog/in (Dipl., B.Sc., M.A., FH)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> <b>Lebenslauf</b> (tabellarisch, <b>Pflicht</b>)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Urkunde mit Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung (<b>Pflicht</b>)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Urkunde DiabetesassistentIn DDG</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweise (sofern vorhanden)<br/>Der letzten 2 Jahre vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Zertifizierte Schulungsprogramme: <input type="checkbox"/> Typ 2 mit Insulin<br/><input type="checkbox"/> Typ 2 ohne Insulin</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Kopie Urkunde der betreuenden DiabetologenIn (<b>Pflicht</b>)</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Nachweis Deutschkenntnisse Niveau B2 (<b>Pflicht / für Menschen aus anderen Sprachräumen</b>)</p> <p>8. Vorlage des Personalausweis in der Weiterbildungsstätte</p> | <p>Ich verfüge bereits über folgenden <b>zusätzlichen Abschluss</b> und lege die <b>Urkunde</b> bei:</p> <p><input type="checkbox"/> DiabetesassistentIn DDG<br/><b>(Pflicht für Aufbauqualifikation)</b></p> <p><input type="checkbox"/> WundassistentIn DDG</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|--|--|

**Bescheinigungen der betreuenden Diabetologe/in / ggf. der Praktikumsgeber/in**

*(Sofern an Ihrer Arbeitsstelle kein diabetologisches Team zur Verfügung steht, können Sie durch eine umfassende Hospitation oder ein Praktikum in einer ausgewiesenen diabetologischen Einrichtung dennoch die Zulassung erreichen.)*

- Diabetologe/in am Arbeitsplatz Praxis-/Klinikstempel:
- Diabetologe/in an Praktikumsplatz

Hiermit bescheinige ich,

\_\_\_\_\_  
Name der bescheinigenden **Diabetologen/in**  
Druckschrift

dass die Bewerber/in während der Weiterbildung in einem Team mit strukturiertem Diabetestherapie- und Trainingsprogramm tätig sein wird. Meine **Urkunde „Diabetologe/in“** (DDG/LÄK) lege ich bei.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Diabetologe/in**

Freistellungserklärung des/r Arbeitgebers/in	
<p>Die Bewerber/in wird von uns/mir als Arbeitgeber/in für die Zeit der Weiterbildung zum/r Diabetesberater/In sowohl für die Präsenzzeiten als auch für die Hospitationszeiten von der Arbeitszeit freigestellt.</p>	
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>Stempel und Unterschrift <b>Arbeitgeber/in</b></p>
Rechnungsanschrift *	
<p><input type="checkbox"/> Selbstzahler/in</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitgeber/in</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige</p> <p><input type="checkbox"/> Bildungsgutschein</p>	<p>Empfänger/in: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ Ort: _____</p>
<p>erteilt durch: _____</p>	
Erklärung der Bewerber/in	
<p>Ich bin darüber informiert, dass inhaltlich nichtzutreffende Bescheinigungen dazu führen können, dass ich künftig nicht mehr zur Diabetesberater/innen-Weiterbildung der DDG zugelassen bzw. auch aus einem laufenden Weiterbildungskurs verwiesen werden kann.</p>	
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift <b>BewerberIn</b></p>
Gewünschte Kursorte (Bitte ankreuzen!)	
<p>Erstwunsch <b>(Aufbauqualifikation)</b></p>	<p>Zweitwunsch:</p> <p>....falls belegt, wähle ich den <b>REGULÄREN</b> Kurs</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>238. Rheine</b> (ab 24.10.2022)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>245. Regensburg</b> (ab 06.02.2023)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>250. Rheine</b> (ab 23.10.2023)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>239. Rheine (21.11.2022)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>242. Jena (ab 09.01.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>243. Berlin (ab 16.01.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>244. Rheine (ab 3 .2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>246. Bad Mergentheim (ab 28.02.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>247. Rheine (ab 24.04.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>248. Traunstein (ab 01.06.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>249. Regensburg (Termin noch offen)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>251. Trier (06.11.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>252. Rheine (20.11.2023)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>NN Berlin 2024</b></p>
<p>_____</p> <p>sonstige</p>	
<p><b>* Bitte beachten sie die Kurs- und Zahlungsbedingungen im Folgenden</b></p>	

**Bestätigung des Arbeit-/bzw. Praktikumsgebers**

**Übernahme der praktischen Ausbildung  
im Rahmen der Weiterbildung Diabetesberater/in DDG - Aufbauqualifikation**

Neben der theoretischen ist die **praktische Ausbildung** entscheidend für das erfolgreiche Durchlaufen der Weiterbildung und letztlich das Bestehen von Prüfungsleistungen. Alle Prüfungsleistungen orientieren sich an den Belangen des praktischen Alltags in Klinik oder im ambulanten Bereich. Das [Modulhandbuch](#) gibt Ihnen einen Überblick über die **theoretischen** Inhalte des Unterrichts.

Wir informieren Sie nachfolgend, was die praktische Ausbildung in Ihrer Einrichtung in den 3 Stufen der praktischen Qualifizierung abbilden soll und bitten Sie, am Ende der nächsten Seite zu bestätigen, dass Sie dem/der Mitarbeiter/in bzw. Praktikanten/in die Möglichkeit einräumen werden, diese Aufgaben und Tätigkeiten während der Weiterbildungszeit auszuüben und zu dokumentieren.

**1. Settings der diabetologischen Versorgung,  
an denen der/die Mitarbeiter/in bzw. Praktikant/in teilnehmen soll.**

Zeitlicher Rahmen: **342 Stunden** Tätigkeit in der Diabetologie (das entspricht ca. einem Umfang von 12-15 Stunden pro Woche über die gesamte Dauer der Weiterbildung gesehen)

Nachweis ist erforderlich: Durch Diabetologe/Diabetologin (Unterschrift, Stempel) im Nachweisheft (dieses führt Teilnehmer/in selbstständig)

- Teilnahme an Anamnesegespräche (z.B. Erstgespräche, Vertiefungsgespräche bei Therapieänderungen, Auftreten von Folgeerkrankungen)
- Teilnahme an Untersuchungen (z.B. Fußuntersuchung, Abtasten von Spritzstellen, Laboruntersuchungen, Blutdruckmessung, BZ Messungen)
- Teilnahme an Beratungsgesprächen (z.B. Ernährungsberatung, Erläuterung von Hypoglykämien, Anpassung bei Sport, Reisen, Auswertung von BZ Geräten, CGM, FGM, CSII)
- Teilnahme an Gruppenschulungen (anerkannte Gruppenschulungen für Menschen mit Typ 1 und 2 Diabetes mellitus)
- Teilnahme an Teamsitzungen (z.B. Analyse von Patientenverläufe, Konsile, QM – Sitzungen)

**2. Selbständige Umsetzung von theoretischen und praktischen Lerninhalten**

**Bitte kreuzen Sie nachfolgend gemeinsam mit der/m betreuenden Diabetologen\*in an, welche Aufgaben Sie während Ihrer Praxisphase werden üben können. Dies ist für das Orientierungsgespräch eine wichtige Information!**

Nach der Anleitung erfolgt die **selbstständige praktische Umsetzung** von theoretischen und praktischen Lerninhalten (**\*ggf. im Rahmen der externen Hospitation**). Dies sind die zu erfüllende Anforderungen während in der Praxiszeit am Arbeitsplatz oder am Praktikumsplatz in Form von Hausarbeiten und praktischen Nachweisen:

- Anfertigung eines Anamnesebogens für die Diabetesberatung
- Durchführung von Erstgesprächen bezogen auf eine anschließende Beratung (hier ist nicht die ärztliche medizinische Anamnese gemeint, sondern die Erhebung von beratungsrelevanten Aspekten wie Ernährungsanamnese, berufliche Anamnese, Umgang mit der Erkrankung)
- Planung und Durchführung von mind. 10 Einzelberatungen
- Anlegen und Einweisung eines iscCGM\*
- Auslesen eines iscCGM Anlegen und Einweisung eines rtCGM-Systems\*

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 19.11.2014	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

- Auslesen eines rtCGM-Systems\*
- Einweisung in die CSII- Technik\* (Basalrate programmieren, Bolusrechner einstellen)
- Anlegen eines CSII -Systems\* (Katheter setzen, befüllen)
- Typ 1 Diabetes Beratung zur Anleitung und Auswertung eines Basalraten-Test
- AGP- Datenanalyse
- Ernährungsanamnese mit Vorstellung von APPS als Hilfsmittel
- Vorstellung unterschiedlicher Systeme bei CSII-Indikation oder rtCGM/iscCGM Indikation
- Hospitation einer strukturierten Schulung für Menschen\*
  - mit Typ 1 Diabetes
  - mit Typ 2 Diabetes mit und ohne Insulin / Medias 2
  - evtl. auch Pumpenschulung oder Schwangere
- Planung und selbständige Durchführung von mind. 10 Schulungsstunden mit unterschiedlicher Thematik bzw. 1 komplette Gruppenschulung (z.B. 8 UE Medias 2 Basis-Schulung)
- Videotraining: Eine Unterrichtseinheit mittels Aufzeichnung (Video per Handy, Tablett, Kamera) dokumentieren und auswerten (Hausarbeit siehe Modulplan)

### 3. Externe Hospitation

**Bestätigung des/r Arbeitgeber\*in bzw. des/r Hauptpraktikumgeber\*in zur Freistellung zur Hospitation!**

- 20 Stunden Hospitation in einer anderen diabetologischen Einrichtung  
(Nachweis erforderlich: Bestätigung durch den/die Hospitationsgeber/in (Unterschrift/  
Stempel) auf einer einzureichenden aussagekräftigen Hospitationsbescheinigung.

Die jeweiligen Prüfungsleistungen werden im Unterricht vertiefend erläutert und durch Themen vorbereitet.

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ die o.g. Tätigkeiten und Aufgabenstellungen in meiner Praxis/Klinik ausführen und (ggf.) die Hospitationsstunden in einer externen diabetologischen Einrichtung wird erbringen können.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_  
Betreuende/r Diabetologe/in

Stempel der Einrichtung:

Bitte kontaktieren Sie uns gerne, wenn noch Fragen bestehen unter [weiterbildung@ddg.info](mailto:weiterbildung@ddg.info) oder 030 311 69 37-18/26 oder auch die Weiterbildungsstätte direkt. [Die Adressen der Weiterbildungsstätten finden Sie hier.](#)

**Wir danken schon jetzt für Ihren sehr wichtigen Anteil an der Weiterbildung Ihrer Mitarbeiterin/ Ihres Mitarbeiters bzw. der Praktikantin/des Praktikanten und wünschen viel Erfolg!**

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 19.11.2014	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------