

**Persönliche Daten**

|               |  |              |  |
|---------------|--|--------------|--|
| Name:         |  |              |  |
| Vorname:      |  |              |  |
| Titel:        |  |              |  |
| Geschlecht:   |  |              |  |
| Geburtsdatum: |  | Geburtsname: |  |

**Anschrift (privat)**

|               |  |      |  |
|---------------|--|------|--|
| Straße:       |  |      |  |
| Postleitzahl: |  | Ort: |  |
| Telefon:      |  |      |  |
| E-Mail:       |  |      |  |

**Anschrift (dienstlich)**

|                       |  |      |  |
|-----------------------|--|------|--|
| Name der Einrichtung: |  |      |  |
| Abteilung:            |  |      |  |
| Straße:               |  |      |  |
| Postleitzahl:         |  | Ort: |  |
| Telefon:              |  |      |  |
| E-Mail:               |  |      |  |

1. Nachweis über die Anerkennung zum Facharzt / zur Fachärztin (bitte Kopie der Facharzt-Urkunde beilegen bzw. mitsenden)

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| Fachrichtung:   |  |  |  |
| Anerkennung am: |  |  |  |

2. Nachweis über die 24-monatige (Vollzeit) Weiterbildung in einer DDG anerkannten Einrichtung (bitte Kopie des Weiterbildungszeugnisses und Leistungsnachweisbogen beilegen bzw. mitsenden)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Name der Einrichtung:  |  |  |  |
| Abteilung:   |  |  |  |
| Name der weiterbildungsermächtigten<br>Diabetologin DDG /des Diabetologen DDG: |  |  |  |
| Fortbildungszeit (von/bis):  |  |  |  |
| Name weiterer Einrichtung:   |  |  |  |
| Abteilung:   |  |  |  |
| Name der weiterbildungsermächtigten<br>Diabetologin DDG /des Diabetologen DDG: |  |  |  |
| Fortbildungszeiten (von/bis):  |  |  |  |

3. Nachweis über die Teilnahme (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) am Kurs Klinische Diabetologie der DDG (bitte Kopie des Zertifikates beilegen bzw. mitsenden):

Liegt bei:

Wird nachgeliefert:

4. Nachweis über die Teilnahme (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) an einer Fortbildung in von der DDG anerkannten Seminaren über Kommunikation und patientenzentrierte Gesprächsführung in der Diabetologie (bitte Kopie des Zertifikates beilegen bzw. mitsenden):

Liegt bei:

Wird nachgeliefert:

5. Nachweis über die 2-wöchige Hospitation (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) in einer durch die DDG anerkannten Einrichtung (bitte Kopie der Hospitationsbescheinigung beilegen bzw. mitsenden):

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Name der Einrichtung:           |  |
| Zeitraum:                       |  |
| Ggf. Name weiterer Einrichtung: |  |
| Zeitraum:                       |  |

Wenn während dieser Zeit nicht an den geforderten Schulungen teilgenommen werden konnte, sind die Punkte 5a und 5b ebenfalls auszufüllen.

5a. Teilnahmenachweis an einem strukturierten Schulungskurs für Menschen mit Typ-1-Diabetes:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Name der Einrichtung: |  |
| Datum:                |  |

5b. Teilnahmenachweis an einem strukturierten Schulungskurs für Menschen mit Typ-2 Diabetes:

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Name der Einrichtung: |  |
| Datum:                |  |

6. Ich bin bereits Mitglied der DDG bzw. wurde der Antrag auf Mitgliedschaft in der DDG bereits von mir gestellt.
7. Das Führen der Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG bzw. Diabetologin DDG setzt die jährliche zweitägige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen voraus: Diabetes Kongress, Diabetes Herbsttagung und alternative Veranstaltungen.

Mit meiner Unterschrift bestätige dieDatenschutzrichtlinien gelesen und akzeptiert zu

|     |       |              |
|-----|-------|--------------|
|     |       |              |
| Ort | Datum | Unterschrift |