

**Bewerbung zur Weiterbildung Diabetesberater\*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 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.:			Pädiatrie-Schwerpunkt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ Ort Dienststätte:			Tel:
Entsendender Arzt/Ärztin od. 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 **Diabetesberater\*in DDG**.  
Diesem Bewerbungsschreiben lege ich zum Verbleib folgende Kopien bei:

1.  **Zeugnis (Pflicht)** mit Benotung für den **Ausbildungsabschluss**
2. Ich verfüge bereits über folgenden **zusätzlichen Abschluss** und lege die **Urkunde** bei:
  - Diabetesassistent\*in DDG **(Pflicht für Aufbauqualifikation)**
  - Wundassistent\*in DDG
  - sonstige

---



---
3.  **Lebenslauf** (tabellarisch) **(Pflicht)**
4.  Urkunde mit Berechtigung zum Führen der Berufsbezeichnung **(Pflicht)**
5.  Fortbildungsnachweise\* **Für die Aufbauqualifikation**  
**25 Fortbildungspunkte** im Jahr **VOR** der Weiterbildung (vorzulegen bei der entsprechenden Weiterbildungsstätte 8- Wochen **VOR** Kursstart)
6.  Nachweis der Transferleistung **(Pflicht bei Diabetesassistent\*innen, die die Qualifikation vor 01.01.2024 erworben haben und nun die Aufbauqualifikation anstreben.)**
6.  Kopie Urkunde des/der betreuenden Diabetologen /Diabetologin (Pflicht)
7.  Nachweis Deutschkenntnisse Niveau B2 **(Pflicht / für Menschen aus anderen Sprachräumen)**

#### Bescheinigung des betreuenden Diabetologen/der betreuenden Diabetologin

(Sofern an Ihrer Arbeitsstelle **kein** diabetologisches Team zur Verfügung steht, können Sie **die 560 Std. beziehungsweise 380 Std.** praktische Weiterbildung 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 des/der bescheinigenden **Diabetologe/ Diabetologin** 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 Arbeitgeber*in		
<p>Der/ 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>_____ Ort, Datum</p>	<p>_____ Stempel und Unterschrift <b>Arbeitgeber*in</b></p>	
Rechnungsanschrift *		
<p><input type="checkbox"/> Selbstzahler*in <input type="checkbox"/> Arbeitgeber*in <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Förderung</p>	<p>Empfänger*in: _____ Straße: _____ PLZ Ort: _____ E-Mail: _____</p>	
<p>erteilt durch: _____</p>		
<p><i>* Bitte beachten Sie die Kurs- und Zahlungsbedingungen auf Seite 6</i></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>_____ Ort, Datum</p>	<p>_____ Unterschrift <b>Bewerber*in</b></p>	
Gewünschte Kursorte		
Erstwunsch	Zweitwunsch	Wahlpflichtmodul
<p><b>Bitte geben Sie hier den Kurs an, für den Sie sich registriert haben.</b> <i>Bitte hier Kurs-Nr. angeben, oder Angabe Ort und Jahr.</i></p> <p>_____</p>	<p><b>Zweitwunsch .....</b> <b><i>falls Erstwunsch überfüllt:</i></b></p> <p>_____</p> <p><i>Bitte hier Kurs-Nr. angeben, oder Angabe Ort und Jahr</i></p>	<p><b>Für den Abschluss Diabetesberater*in DDG ist der Besuch eines Wahlpflichtmoduls obligatorisch.</b></p> <p><b>Bitte wählen Sie eines der beiden Wahlpflichtmodule aus.</b></p> <p><input type="checkbox"/> WE 1 Kinder und Jugendliche in diabetischer Stoffwechsellage</p> <p><input type="checkbox"/> WE 2 Ältere und Hochbetagte in diabetischer Stoffwechsellage</p>

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

**Praktischen Ausbildung  
im Rahmen der Weiterbildung Diabetesberater\*in DDG**

Informationen für die Arbeitgeber\*n/Praktikumsgeber\*n

Neben der theoretischen Ausbildung, die in Präsenz- und Onlineblöcken absolviert wird, ist die **praktische Ausbildung** 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. Im Folgenden führen wir auf, was in der praktischen Ausbildung optimaler Weise abgebildet werden soll: zeitlicher Rahmen: **540 Stunden / 380 Stunden für die Aufbauqualifikation** Tätigkeit in der Diabetologie (das entspricht ca. einem Umfang von 20/10 für die Aufbauqualifikation Stunden pro Woche über die gesamte Dauer der Weiterbildung gesehen).

**Bitte kreuzen Sie an, welche Inhalte in der praktischen Ausbildung abgebildet werden können.**

**1. Der/die Teilnehmer\*in sollte unterschiedliche Situationen in der diabetologischen Versorgung von Patient\*innen kennenlernen:**

- Teilnahme an Anamnesegesprächen (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. Nach der Anleitung erfolgt die praktische selbstständige Umsetzung von theoretischen und praktischen Lerninhalten:**

- 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 Einzelberatungen (mindestens 5 Einzelberatungen zu drei unterschiedlichen Themen).
- Auslesen eines CGM Anlegen und Einweisung eines CGM-Systems
- Einweisung in die CSII- Technik (Basalrate programmieren, Bolusrechner einstellen)
- Anlegen eines CSII -Systems (Katheder 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 CGM/ Indikation
- Planung und Durchführung von **mind. 5** Gruppenschulungssequenzen

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB-50	Version: 3	Erstellungsdatum: 29.06.2011	Revisionsdatum: 13.07.2023	Erstellt von: EuP WBS
---------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

Die jeweiligen Prüfungsleistungen, die im Rahmen der praktischen Aufgaben zu erbringen sind, werden im Unterricht vertiefend erläutert und durch Themen vorbereitet.

Die jeweiligen Prüfungsleistungen, die im Rahmen der praktischen Aufgaben zu erbringen sind, werden im Unterricht vertiefend erläutert und durch Themen vorbereitet.

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr _____ die o.g. Tätigkeiten und Aufgabenstellungen <b>in meiner Praxis/Klinik</b> ausführen und <b>die zusätzlich 20 Hospitationsstunden* in einer externen diabetologischen Einrichtung</b> im Rahmen des Wahlpflichtmoduls wird erbringen können.	
Ort, Datum:	_____
	Betreuende/r Diabetologe*in
<u>Stempel der Einrichtung:</u>	

<p><b>*Nachweis ist erforderlich:</b></p> <p>Die Hospitationsbescheinigung ist nach erfolgreich absolviert Stundenanzahl, in der jeweiligen Weiterbildungsstätte, vorzuweisen. Die Bestätigung erfolgt durch den/die Hospitationsgeber*in (Unterschrift, Stempel).</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Neben dem Beleg über die Ableistung der Praxisstunden legen die Teilnehmenden bis zum Abschluss des Moduls 3 **ein** zertifiziertes Schulungszertifikat für [Schulungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2](#) vor. Bis zum Abschluss des/der Diabetesberater\*in DDG ist der Nachweis eines **weiteren** zertifizierten Schulungszertifikats vorzulegen. 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](mailto: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 Ihrer Mitarbeiterin/ Ihres Mitarbeiters bzw. der Praktikantin/des Praktikanten und wünschen viel Erfolg!**

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB-50	Version: 3	Erstellungsdatum: 29.06.2011	Revisionsdatum: 13.07.2023	Erstellt von: EuP WBS
---------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

**Kurs- und Zahlungsbedingungen**  
zur Diabetesedukation der DDG

1. Nach Registrierung für einen Kurs der Diabetesedukation DDG besteht ein 14-tägiges Widerrufsrecht. Der Widerruf ist schriftlich per Mail oder auf dem Postweg anzuzeigen. Dies gilt auch für namentlich noch nicht bestimmte Vormerkungen.
2. Mit Eingang der Bewerbungsunterlagen gilt die Anmeldung zur Teilnahme am gewünschten Kurs, unter der Voraussetzung der Erfüllung aller Zulassungsbedingungen, als rechtsverbindlich. Dies gilt auch für den Fall, dass noch Nachreichungen angefordert werden.
3. 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.
4. Vier bis sechs Wochen vor Kursstart wird die Gesamtgebühr für den gewählten Weiterbildungslehrgang zur Diabetesberater\*in DDG, zur Diabetesassistent\*in DDG oder die gebuchten Module in Rechnung gestellt. Der Betrag wird innerhalb des Zahlungsziels vollständig fällig.
5. 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. 6 zu zahlen.
6. Die Kursgebühren betragen für die verschiedenen Angebote:
  - a. Diabetesassistent\*in DDG - EURO 2.350,00
  - b. Diabetesberater\*in DDG - EURO 5.550,00
  - c. Aufbauqualifikation zur Diabetesberater\*in DDG - EURO 3.550,00
  - d. Einzelmodul - EURO 400,00.
7. Bei Stornierungen der Teilnahme NACH der Widerrufsfrist in den unten angegebenen Zeiträumen durch den/die Teilnehmende oder die Gesellschaft nach Zf. 5 erhebt die Gesellschaft (gleich aus welchem Grund) die folgenden Stornierungsgebühren:

Nach erfolgter Registrierung

- a. Stornierung  
(ohne persönl. Rückmeldung/Zusendung von Unterlagen)  
später als 8 Wochen vor Kursbeginn

EURO 150,00  
EURO 25,00 bei Einzelmodulen

Nach Eingang der Bewerbungsunterlagen

- b. Stornierung (siehe Zf. 2)  
EURO 350,00  
EURO 50,00 bei Einzelmodulen W1 und W2

- c. Stornierung 8 bis 4 Wochen vor Kursbeginn  
EURO 700,00 Qualifikation Diabetesassistent\*in DDG  
EURO 1.350,00 Qualifikation Diabetesberater\*in DDG  
EURO 950,00 Aufbauqualifikation Diabetesberater\*in DDG  
EURO 150,00 bei Einzelmodulen W1 und W2

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 20.08.2011	Revisionsdatum: 04.03.2025	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

d. Stornierung später als 4 Wochen vor Kursbeginn

- EURO 1.150,00 Qualifikation Diabetesassistent\*in DDG
- EURO 2.750,00 Qualifikation Diabetesberater\*in DDG
- EURO 1.700,00 Aufbauqualifikation Diabetesberater\*in DDG
- EURO 250,00 bei Einzelmodulen W1 und W2

e. Stornierung später als 1 Woche vor Kursbeginn

- EURO 2.350,00 Qualifikation Diabetesassistent\*in DDG
- EURO 5.550,00 Qualifikation Diabetesberater\*in DDG
- EURO 3.350,00 Aufbauqualifikation Diabetesberater\*in DDG
- EURO 400,00 bei Einzelmodulen W1 und W2

8. Bei Nichterscheinen oder Abbruch des Kurses innerhalb der Kurslaufzeit wird die Kursgebühr nicht erstattet.
9. Sofern für den Rechnungs- oder einen Rechnungsteilbetrag eine externe Förderung vorgesehen ist, erklärt sich der/die Teilnehmende bereit, im Fall eines Ausfalls dieser Zahlung den vorgesehenen Betrag zu begleichen.
10. Die Gesellschaft ist berechtigt, den in der Rechnung genannte Kurs zu verlegen. Kann oder will der/die Teilnehmende an dem alternativ angebotenen Kurs nicht teilnehmen, wird die vollständige Gebühr erstattet.
11. 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

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB-50	Version: 3	Erstellungsdatum: 29.06.2011	Revisionsdatum: 04.03.2025	Erstellt von: EuP WBS
---------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------