

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

|                                |  |      |  |
|--------------------------------|--|------|--|
| Anschrift (privat):<br>Straße: |  |      |  |
| Postleitzahl:                  |  | Ort: |  |
| Telefon:                       |  |      |  |
| e-mail:                        |  |      |  |

|  |  |      |  |
|--|--|------|--|
| Anschrift (dienstlich):<br>Name der Einrichtung<br>Klinik, Praxis: |  |      |  |
| Straße:  |  |      |  |
| Postleitzahl:  |  | Ort: |  |
| Telefon:   |  |      |  |
| e-mail:  |  |      |  |

1. Nachweis über die Anerkennung zum Facharzt/ zur Fachärztin

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Fachrichtung:                               |  |  |  |
| Anerkennung am:                             |  |  |  |
| (bitte Kopie der Facharzt-Urkunde beilegen) |  |  |  |

2. Nachweis über die 24-monatige (Vollzeit) Weiterbildung in einer DDG anerkannten  
Einrichtung

|  |  |      |  |
|--|--|------|--|
| Name der Einrichtung:  |  |      |  |
| Name der weiterbildungsermächtigten<br>Diabetologin DDG /des Diabetologen DDG: |  |      |  |
| Fortbildungszeiten von:  |  | Bis: |  |
| (bitte Kopie eines ausführlichen Zeugnisses beilegen)                          |  |      |  |
| Gegebenenfalls weitere Fortbildungszeiten von:                                 |  |      |  |
| Gegebenenfalls weitere Fortbildungszeiten von:                                 |  |      |  |

3. Nachweis über die Teilnahme (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) an einem  
zweiwöchigen (80-stündigen) strukturierten Fortbildungskurs in klinischer Diabetologie der  
DDG:

|   |
|---|
| (Bitte Kopie des Zertifikates beilegen) |
|---|

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)

5. Nachweis über die 2-wöchige Hospitation (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) in einer anderen durch die DDG anerkannten Einrichtung:  
Wenn während dieser Zeit nicht an den geforderten Schulungen teilgenommen werden konnte, sind die Punkte 5a und 5b ebenfalls auszufüllen.

Name der Einrichtung:

Zeitraum:

(bitte Kopie der Hospitationsbescheinigung beilegen)

- 5a. Nachweis über die Teilnahme an einem Schulungskurs für Menschen mit Typ 1 Diabetes:

Name der Einrichtung:

Zeitraum:

(bitte Kopie der Bestätigung beilegen)

- 5b. Nachweis über die Teilnahme an einem Schulungskurs für Menschen mit Typ 2 Diabetes:

Name der Einrichtung:

Zeitraum:

(bitte Kopie der Bestätigung beilegen)

6. Mit meiner Unterschrift bestätige die Datenschutzrichtlinien gelesen und akzeptiert zu haben so wie, dass ich Mitglied in der DDG zu sein.

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