

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

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

### Bewerbung zur Weiterbildung zur Diabetesberater/in DDG

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 <input type="checkbox"/> nein Ausbildungsort:	Urkunde Diabetesass. vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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:	
<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>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Angaben zum ArbeitgeberIn:			
Praxis/Klinik:		Art:	
Straße:		Hausnr.:	
PLZ Ort Dienststätte:		Tel:	
Ansprechpartner/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:

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. <b>Zeugnis (Pflicht)</b> über folgenden <b>Ausbildungsabschluss:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in</li> <li><input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in</li> <li><input type="checkbox"/> Altenpfleger/in</li> <li><input type="checkbox"/> Medizinische Fachangestellte/r (MFA)</li> <li><input type="checkbox"/> Diätassistent/in</li> <li><input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger</li> <li><input type="checkbox"/> (Oeco)tropholog/in (Dipl., B.Sc., M.A., FH)</li> </ul> <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"/> Fortbildungsnachweise (sofern vorhanden)<br/>Der letzten 2 Jahre vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>5. <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 Diabetolog/in <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> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diabetesassistent/in DDG<br/><b>(Pflicht für Aufbauqualifikation)</b></li> <li><input type="checkbox"/> Wundassistent/in DDG</li> <li><input type="checkbox"/> sonstige</li> </ul> <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** 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**

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 20.08.2011	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Freistellungserklärung des/r Arbeitgeber/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>_____ 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"/> Bildungsgutschein</p>	<p>Empfänger/in: _____ Straße: _____ 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>_____ Ort, Datum</p>	<p>_____ Unterschrift <b>Bewerber/in</b></p>
Gewünschte Kursorte (Bitte ankreuzen!)	
<p>Erstwunsch</p> <p><input type="checkbox"/> 217. Regensburg (05.10.2020) <input type="checkbox"/> 218. Bad Mergentheim (09.11.2020) <input type="checkbox"/> 219. Rheine (09.11.2020) <input type="checkbox"/> 220. Jena (11.01.2021) <input type="checkbox"/> 221. Trier (18.01.2021) <input type="checkbox"/> 223. Rheine (15.02.2021) <input type="checkbox"/> 224. Rheine (6.04.2021) <input type="checkbox"/> 225. Traunstein (23.07.2021) <input type="checkbox"/> 226. Regensburg (04.10.2021) <input type="checkbox"/> 227. Berlin (25.10.2021)</p>	<p><input type="checkbox"/> 229. Rheine (15.11.2021) <input type="checkbox"/> 230. Bad Mergentheim (18.10.2021)</p> <p>_____ sonstige</p> <p><b>Zweitwunsch .....falls Erstwunsch überfüllt:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Bitte hier Kursnummer angeben, oder Angabe Ort und Jahr</b></p>

\* Bitte beachten Sie die Kurs- und Zahlungsbedingungen im Folgenden

QM-Nr. FO-DDG-WB-DB 02	Version: 2	Erstellungsdatum: 20.08.2011	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS/DDG-Gst
---------------------------	------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

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

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

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 Alltages 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: **544 Stunden** Tätigkeit in der Diabetologie (das entspricht ca. einem Umfang von 20 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 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. Selbständige Umsetzung von theoretischen und praktischen Lerninhalten**

**Bitte Ankreuzen**

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: 20.08.2011	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

- 40 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-50	Version: 2	Erstellungsdatum: 29.06.2011	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS
---------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------

**Kurs- und Zahlungsbedingungen**  
der Weiterbildung zum/r Diabetesberater/in DDG

1. Mit Eingang der Bewerbung wird für Kurse ab 01.01.2020 eine Anmelde- und Bearbeitungsgebühr in Höhe von EURO 300,00 in Rechnung gestellt. Die Bearbeitungsgebühr deckt die Verwaltungskosten und wird nicht zurückerstattet.
2. Nach Eingang der Bewerbung in der Geschäftsstelle der DDG besteht ein 14-tägiges Rücktrittsrecht. Der Rücktritt ist schriftlich per Mail oder auf dem Postweg anzuzeigen.
3. Nach Durchführung eines in unserer Weiterbildungsstätte geführten erfolgreichen Vorstellungsgesprächs wird der offizielle Zulassungsbescheid in Textform versendet. Die Anmeldung ist damit rechtsverbindlich.
4. Nach erfolgter Anmeldung wird die gesamte Kursgebühr für den Weiterbildungslehrgang zum/r Diabetesberater/in DDG in Rechnung gestellt, die ab 01.01.2020 EURO 3.400,00 für den regulären Kurs zzgl. einer Prüfungsgebühr in Höhe von EURO 200,00 beträgt.
5. Soweit die Zahlung nicht innerhalb des Zahlungsziels geleistet wird, behält sich die Gesellschaft vor, den Bewerber vom Kurs auszuschließen. In diesem Fall sind Stornierungsgebühren entsprechend Zf. 5 + 6 zu zahlen.
6. Bei kurzfristigen Stornierungen nach erfolgreichem Bewerbungsgespräch durch die Teilnehmer/in oder die Gesellschaft nach Zf. 4 erhebt die Gesellschaft (gleich aus welchem Grund) die folgenden Stornierungsgebühren:
  - a. EURO 750,00 bei Stornierung 8 bis 4 Wochen vor Kursbeginn,
  - b. EURO 1.750,00 bei Stornierung später als 4 Wochen vor Kursbeginn.
7. Bei Nichterscheinen oder Abbruch des Kurses innerhalb der Kurslaufzeit wird die Kursgebühr nicht erstattet.
8. 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.
9. 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 Kursgebühr inkl. der Anmeldegebühr vollständig erstattet.
10. Sollte ein Kurs, z. B. wegen zu geringer Teilnehmerzahl, gänzlich ausfallen, wird die Gebühr inkl. der Anmeldegebühr gleichfalls vollständig erstattet.

**Ich habe die Kurs- und Zahlungsbedingungen zur Kenntnis genommen und dem Rechnungsempfänger mitgeteilt.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewerber/in

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Rechnungsempfänger/in

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: 2	Erstellungsdatum: 29.06.2011	Revisionsdatum: 08.06.2020	Erstellt von: EuP WBS
---------------------------	---------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------