

Name:			
Vorname:			
Titel:			
Geburtsdatum:		Geburtsname:	

<b>Anschrift (privat)</b>			
Straße:			
Postleitzahl:		Ort:	
Telefon:			
e-mail:			

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

**1. Nachweis über die Anerkennung zum Facharzt/ zur Fachärztin**

Fachrichtung:	
Anerkennung am:	

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

Name der Einrichtung:			
Name der weiterbildungsermächtigten Diabetologin DDG /des Diabetologen DDG:			
Fortbildungszeiten von:		bis:	
Ggf. Name weiterer Einrichtung:			
Ggf. weitere Fortbildungszeiten von:		bis:	
Ggf. weitere Fortbildungszeiten von:		bis:	

**3. Nachweis über die Teilnahme (in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung) am zweiwöchigen Kurs "Klinische Diabetologie" (80-Stunden-Kurs) 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 ich, die Datenschutzrichtlinien gelesen und akzeptiert und die Mitgliedschaft in der DDG beantragt zu haben.

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