

Anleitung zur Beantragung der Rezertifizierung

Die Beantragung der Rezertifizierung können Sie über zwei verschiedene Wege durchführen:

- ☞ Als Einzelperson für sich selbst
- ☞ Über den Bildungsträger, bei dem Sie die Fortbildungen absolviert haben (sofern dieser diesen Service anbietet)

Wenn Sie die Rezertifizierung als Einzelperson beantragen:

1. Füllen Sie das **Antragsformular** auf Seite 2 aus.
2. Füllen Sie die Tabelle **Fortbildungsliste** auf Seite 4 entsprechend der Rezert-Fortbildungen aus, die Sie im Zeitraum der fünf Jahre absolviert haben
3. Fügen Sie alle **Fortbildungsnachweise** in Form von Teilnahmebescheinigungen (Kopien) für die Fortbildungen bei, die Sie in der Fortbildungsliste aufgeführt haben. Behalten Sie die Originale zu Ihren eigenen Unterlagen.
4. Fügen Sie bitte das Original-Zertifikat bei. Sie erhalten ein neues Zertifikat mit neuer Gültigkeitsdauer.
5. Senden Sie den ausgefüllten Antrag an die folgende Adresse:

TÜV Rheinland Akademie PersCert
Stichwort: „Rezertifizierung Wundseminare“
Alboinstraße 56
12103 Berlin

Wenn Sie die Rezertifizierung über den Bildungsträger beantragen

1. Verfahren wie oben in Punkt 1 - 4 beschrieben.
2. Legen Sie den ausgefüllten Antrag beim Bildungsträger vor.

Alle weiteren Informationen zur Rezertifizierung von Absolventen finden Sie in unseren Ausführungen zu „Info Rezertifizierung Absolventen/Teilnehmer“

Antrag zur Rezertifizierung für Absolventen der ICW/TÜV Personalzertifizierung

Absender: _____

An
TÜV Rheinland Akademie PersCert
„Rezertifizierung Wundseminare“
Alboinstraße 56
12103 Berlin



Der Antrag bezieht sich auf

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname: _____	
Straße, Haus-Nr.: _____		PLZ, Ort _____	
E-Mail: _____		Telefon: _____	
<input type="checkbox"/> Wundexperte ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____		<input type="checkbox"/> Pflegetherapeut Wunde ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Wundexperte ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____		<input type="checkbox"/> Fachtherapeut Wunde ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	
Fortbildungspunkte <input type="checkbox"/> Die Fortbildungsmaßnahmen wurden wie vorgeschrieben mit acht Punkten/Jahr erbracht. <input type="checkbox"/> Die einzelnen Nachweise sind in der Anlage beigefügt. <p style="text-align: center;">oder</p> <input type="checkbox"/> Die einzelnen Nachweise wurden dem Bildungsträger vorgelegt und durch ihn schriftlich bestätigt (Nur bei Antrag über Bildungsträger) . <input type="checkbox"/> Aufgrund von Krankheit konnte ich die Fristen zur Punkteerbringung nicht einhalten. Die für eine Fristverlängerung erforderliche ärztliche Attestierung liegt dem Antrag bei. <input type="checkbox"/> Die Grundqualifikation ist als Kopie bescheinigt (Pflegefachkraft, Arzt, ...)			
Praktische Tätigkeit <input type="checkbox"/> Während der letzten fünf Jahre war ich in der Praxis in folgendem zeitlichen Umfang mit dem Themengebiet „Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden“ betraut: Ca. Stunden/Monat: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.			

- Ich beantrage eine Rezertifizierung.
 - Die Rechnung für die Rezertifizierung senden Sie an die oben genannte Adresse.
 - Die Rechnung wird vom Bildungsträger beglichen (Nur bei Antrag über Bildungsträger).
- Bitte beachten Sie, dass eine nachträgliche Korrektur der Rechnung nicht möglich ist.
Klären Sie vorab eine Kostenübernahme durch den Arbeitgeber oder andere!

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Antrag zur Rezertifizierung von Absolventen durch Bildungsanbieter

Absender: _____

An
TÜV Rheinland Akademie PersCert
„Rezertifizierung Wundseminare“
Alboinstraße 56
12103 Berlin



Für folgende Absolventen beantragen wir die Rezertifizierung:

Name, Vorname	Abschluss als ¹ Vom: Datum	Zertifikat Nr.

Bestätigung

- Die benannten Absolventen haben die einzelnen Nachweise im Original vollständig vorgelegt, durch welche die erforderlichen Punkte zur Rezertifizierung bescheinigt wurden.
- Die erforderliche Grundqualifikation wurde von allen bescheinigt (z. B. Pflegefachkraft).
- Ggf. erforderliche ärztliche Attestierung wurde vorgelegt.
- Für jeden Absolventen liegen der unterschriebene Antrag sowie das bisherige Zertifikat bei.

Rechnungsadresse

- Senden Sie die Rechnung für die Rezertifizierung der Absolventen gesammelt an die oben genannte Adresse unseres Bildungsinstituts.

Ort, Datum

Unterschrift u. Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

Stempel des Bildungsinstituts

¹ Wundexperte ICW[®], Ärztlicher Wundexperte ICW[®], Pflegetherapeut Wunde ICW[®], Fachtherapeut Wunde ICW[®]

Fortbildungsliste Rezertifizierung Absolventen

Wundexperte ICW® /Ärztlicher Wundexperte ICW®
Pflegetherapeut Wunde ICW® Fachtherapeut Wunde ICW®



Frau Herr _____ Adresse: _____

hat an folgenden Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen:

Datum	Rezeptpunkte Lt. Zertifizierungsstelle	Registrierungsnummer Lt. Zertifizierungsstelle	Veranstaltungsart: a) Wund- Kongress einer Fachgesellschaft b) Anwesenheits-Fortbildung c) Fernfortbildung d) Hospitation (Wundsiegel zertifizierten Einrichtung)	Inhalt/Thema	Nachweis erbracht Nur bei Beantragung durch Bildungsträger	Nachweis beigefügt (Kopie) Bei Einzelantrag
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Punkte gesamt: _____

Die Fortbildungsleistung der oben genannten Person wird bestätigt:

Ort, Datum

Ort, Datum

Name und Unterschrift Verantwortlicher
Bildungsinstitut (anerkannt durch ICW/TÜV) (Nur bei Antrag über Bildungsträger)

Unterschrift Verantwortlicher
Zertifizierungsstelle ICW/TÜV