

# ANTRAG

## DGKN-Stipendium Neurophysiologie für Neuropädiater und Neuropädiaterinnen

DGKN – Deutsche Gesellschaft für Klinische  
Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V.  
Salvador-Allende-Platz 29  
07747 Jena

→ **Kontakt DGKN**

T +49 6151 3535753  
M +49 176 32086837  
sekretariat@dgkn.de

→ Dieses Formular ist digital beschreibbar und kann ebenfalls digital signiert werden! **Es werden ausschließlich digital ausgefüllte Anträge zur Bearbeitung an [sekretariat@dgkn.de](mailto:sekretariat@dgkn.de) akzeptiert!**

Die neurophysiologische Diagnostik hat auch in der Neuropädiatrie einen hohen Stellenwert in der präzisen Charakterisierung von hereditären und erworbenen Neuropathien. Durch die Weiterentwicklung der Technik konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass mit Hilfe der klassischen neurophysiologischen Methoden und auch in Ergänzung mit der Nervenultraschalltechnik eine präzise Charakterisierung, aber auch ein präzises Monitoring zum Beurteilen des Therapieerfolgs in der Neuropädiatrie erfolgen kann. Wohlwissend um die schwierigen Rahmenbedingungen zum Durchführen von neurophysiologischen Untersuchungen und zum Betrieb eines neurophysiologischen Labors in einer neuropädiatrischen Klinik, möchte die DGKN über ein gezieltes Stipendium insbesondere Neuropädiatern/-innen in Ausbildung die Möglichkeit zur Vertiefung ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten in den neurophysiologischen Techniken bieten.

### Persönliche Angaben

|                    |                      |              |
|--------------------|----------------------|--------------|
| Anrede             | Akademische(r) Titel | Geburtsdatum |
| Vorname            | Nachname             |              |
| E-Mail             | Telefon/Mobil        |              |
| Straße, Hausnummer |                      |              |
| PLZ                | Ort                  | Land         |

### Ausbildung

Ich bin: Kinderarzt/Kinderärztin in Spezialweiterbildung zum/r Neuropädiater/-in  
Assistenzarzt/Assistenzärztin in Facharzt-Weiterbildung zum/r Pädiater/-in  
Sonstiges (bitte näher beschreiben):

---

## Berufliche Kontaktdaten (entsendende Einrichtung: Neuropädiatrie)

|  |     |      |
|--|-----|------|
| Einrichtung/Institution                        |     |      |
| Spezifikation der Einrichtung/Klinik/Abteilung |     |      |
| Straße, Hausnummer                             |     |      |
| PLZ  | Ort | Land |

---

## Kontaktdaten aufnehmende Einrichtung (neurologische Klinik)\*

|  |     |      |
|--|-----|------|
| Einrichtung/Institution  |     |      |
| Spezifikation der Einrichtung/Klinik/Abteilung                           |     |      |
| Leiter/-in neurophysiologisches Labor bzw. Betreuer/-in für Stipendiaten |     |      |
| Straße, Hausnummer   |     |      |
| PLZ  | Ort | Land |

"Anerkannte Ausbildungsstätte" der DGKN

Mitglied einer Fachgesellschaft der IFCN

*\* Die aufnehmende Einrichtung muss "Anerkannte Ausbildungsstätte" der DGKN oder einer anderen, bei der International Federation of Clinical Neurophysiology (IFCN) als Mitglied registrierten Gesellschaft sein.*

---

## Zeitraum Stipendium

Bitte tragen Sie nachfolgend den anvisierten Zeitraum für das Stipendium ein. Insofern bereits ein konkretes Datum benannt werden kann, füllen Sie bitte Start und Ende des Stipendiums aus.

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| (Zeitraum für Antritt Stipendium ca. drei Monate nach jeweiliger Bewerbungsfrist:) |                                   |
| Geplante Aufnahme des Stipendiums am   | Geplantes Ende des Stipendiums am |

---

## Motivationsschreiben

Bitte beschreiben Sie hier die Motivation für Ihre Bewerbung, die Gründe für die Auswahl der oben benannten aufnehmenden Klinik sowie die Ziele, die Sie über dieses Stipendium zu erreichen hoffen.

---

## Freistellungsbescheid (entsendende Klinik)

Hiermit wird bestätigt, dass der Antragstellende an unserer Klinik beschäftigt ist und für den auf S. 2 angegebenen Zeitraum von seinen/ihren Verpflichtungen freigestellt wird mit der Absicht, ein zweimonatiges DGKN-Stipendium in der auf S. 2 benannten neurologischen Klinik zu absolvieren.

Kurzes, integriertes Empfehlungsschreiben:

**oder:** Dem Antrag ist ein Empfehlungsschreiben unserer Klinik beigelegt.

---

### Bestätigung der Klinikleitung

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

|                      |
|----------------------|
| Unterschrift/Stempel |
|----------------------|

---

### Bestätigung der Klinikverwaltung

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

|                      |
|----------------------|
| Unterschrift/Stempel |
|----------------------|

---

## Aufnahmebestätigung (neurologische Klinik)

Hiermit wird bestätigt, dass der Antragstellende für den auf S. 2 benannten Zeitraum ein Stipendium in der neurophysiologischen Abteilung unserer Klinik absolvieren wird.

Kurzbeschreibung der geplanten Tätigkeit des/r Stipendiaten/-in:

---

### Bestätigung der Klinikleitung

Datum

Unterschrift/Stempel

---

### Bestätigung der Klinikverwaltung

Datum

Unterschrift/Stempel

---

## Anlagen zum Antrag (Checkliste)

Approbationsurkunde

Lebenslauf

Motivationsschreiben (wenn nicht auf S. 3 integriert)

Empfehlungsschreiben der entsendenden Klinik (wenn nicht auf S. 4 integriert)

Aufnahmebestätigung und Tätigkeitsbeschreibung für den/die Stipendiaten/-in seitens der aufnehmenden Klinik (wenn nicht auf S. 5 integriert)

Aktueller Gehaltsnachweis

DGKN-Mitgliedsantrag\* bzw. - bei aktiver Mitgliedschaft - Mitgliedsnummer:

\* *Digitales Online-Formular unter [www.dgkn.de](http://www.dgkn.de) - Ihre Mitgliedschaft oder **HIER**.*

---

## Unterschrift Antrag

Mit Unterzeichnung des Antrages werden die Rahmenbedingungen des Stipendiums, wie unter [www.dgkn.de](http://www.dgkn.de) veröffentlicht, akzeptiert und die Richtigkeit der gemachten Angaben bestätigt.

|     |       |                             |
|-----|-------|-----------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift Stipendiat/-in |
|-----|-------|-----------------------------|