

Änderungsmeldung zum bestehenden Antrag

Die Änderungsmeldung bezieht sich auf Bildungsanbieter der Wundseminare ICW/TÜV PersCert mit gültiger Anerkennung, bei denen sich in einem der im Folgenden aufgeführten Punkte eine Veränderung ergibt.

1. Name und Anschrift des Trägers der Fort- und Weiterbildungsstätte/Bildungsträger

Anbiaternummer:	
Name:	
Adresse:	
Ansprechpartner:	
Kontaktdaten:	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

2. Meldung bezieht sich auf den bestehenden Antrag für das...

- Basisseminar Wundexperte ICW®
 Aufbauseminar Fachtherapeut Wunde ICW®
 Aufbauseminar Pflegetherapeut Wunde ICW®

Urkunden-Nr.		Gültig bis	
---------------------	--	-------------------	--

3. Änderung soll erfolgen ab (Datum): _____

4. Änderung bezieht sich auf

- a) Basisdaten des Anbieters
b) Kooperationen
c) Pädagogische Leitung
d) Fachliche Leitung
e) Prüfungsgremium
f) Sonstiges: _____

4. 1 Basisdaten des Anbieters

- Die Daten aus dem bisherigen Datenblatt sind unverändert und für die Angaben auf der Homepage nach wie vor gültig
 Die Änderungen sind dem aktualisierten Datenblatt in der Anlage zu entnehmen

4. 2 Kooperationen

- Erstmalige Kooperation Geänderte Kooperation
 Kooperationsvertrag liegt als Anlage bei
 Bisherige Kooperation mit folgenden Geschäftspartner soll nicht weiterbestehen:

4. 3 Pädagogische Leitung

Pädagogische Leitung bisher	
Pädagogische Leitung neu	

Qualifikation

- Pflegefachkraft Arzt _____
- Zusätzlich pädagogische Qualifikation
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor
- Nachweis der Teilnahme an Leitungsseminar ICW/TÜV ist beigefügt

✍ Auszufüllen von der pädagogischen Leitung:

Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der pädagogischen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde:

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben und Unterschrift

4. 4 Fachliche Leitung

Fachliche Leitung bisher	
Fachliche Leitung neu	

Qualifikation

- Pflegefachkraft Arzt _____
- Nachgewiesene fachliche Qualifizierung im Themengebiet „Wundversorgung“ aufgrund berufspraktischer Kenntnisse/Erfahrungen sowie zusätzliche Fortbildung zum Thema Chronische Wunden, die bei einer anerkannten Fachgesellschaft absolviert wurde
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor
- Nachweis der Teilnahme an Leitungsseminar ICW/TÜV ist beigefügt

✍ Auszufüllen von der fachlichen Leitung:

Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der fachlichen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde:

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben und Unterschrift

4. 5 Prüfungsgremium

(Bitte aktuelles Prüfungsgremium vollständig eintragen sofern Änderungen erfolgt sind!)

4.5.1 Vorsitz Prüfungsgremium	
--------------------------------------	--

Qualifikation

- Pflegefachkraft Apotheker Arzt _____
- Zusätzlich pädagogische Qualifikation
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor

4.5.2 Stellvertreter des Prüfungsvorsitzes	
---	--

Qualifikation

- Pflegefachkraft Apotheker Arzt _____
- Zusätzlich pädagogische Qualifikation
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor

4.5.3 Fachdozent	
-------------------------	--

Qualifikation

- Pflegefachkraft Apotheker Arzt _____
- Zusätzlich fachspezifische Qualifikation
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor

4.5.4 Stellvertreter des Fachdozenten	
--	--

Qualifikation

- Pflegefachkraft Apotheker Arzt _____
- Zusätzlich fachspezifische Qualifikation
- In der Dozentenliste aufgeführt Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw. liegen vor

Ort, Datum	Name in Druckbuchstaben und Unterschrift <small>(Unterschriftsberechtigter der Fort- und Weiterbildungsstelle)</small>

Stempel der Fort- und Weiterbildungsstätte

Von der Zertifizierungsstelle auszufüllen:

- Änderung bestätigt: Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle ICW am: _____
- Änderung abgelehnt am: _____

Begründung	
-------------------	--

Datum	Handzeichen