

## Änderungsmeldung zum bestehenden Antrag

Die Änderungsmeldung bezieht sich auf Bildungsanbieter der Wundseminare ICW/TÜV 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

<b>Anbiaternummer</b>	
<b>Institut:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Kontaktdaten:</b>	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

*Bisherigen Daten eintragen!*

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

- Basisseminar Wundexperte ICW<sup>®</sup>
- Basisseminar Ärztlicher Wundexperte ICW<sup>®</sup>
- Aufbauseminar Pflegetherapeut Wunde ICW<sup>®</sup>
- Aufbauseminar Fachtherapeut Wunde ICW<sup>®</sup>

<b>Urkunden-Nr.</b>		<b>gültig bis:</b>	
---------------------	--	--------------------	--

### 3. Änderung soll erfolgen ab (Datum): \_\_\_\_\_

### 4. Änderung bezieht sich auf

- 4.1  Basisdaten des Anbieters
- 4.2  Kooperationen
- 4.3  Pädagogische Leitung
- 4.4  Fachliche Leitung
- 4.5  Prüfungsgremium
- 4.6  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Angaben zu den gewünschten Änderungen: (nur relevante Änderungen eintragen!)**

**4.1. Basisdaten des Anbieters**

<b>Name des Institutes:</b>			
<b>Träger:</b>			
<b>Ansprechpartner:</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail allgemein:</b>		<b>Mail 2*:</b>	
*E-Mail 2 zur Versendung vertraulicher Inhalten wie Klausuren/Auditauswertungen, falls abweichend			
<b>Internetadresse:</b>			
<b>Postanschrift:</b>			

**4.2. Geänderte Kooperation**

--

**4.3. Pädagogische Leitung neu**

--

**Qualifikation**

- Pflegefachkraft  Arzt  \_\_\_\_\_  
 zusätzlich pädagogische Qualifikation  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor  
 Nachweis der Teilnahme am 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.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Name in Druckbuchstaben und Unterschrift</b>

**4.4. 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 Fachgesellschaft absolviert wurde  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor  
 Nachweis der Teilnahme am 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.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Name in Druckbuchstaben und Unterschrift</b>

#### 4.5. Prüfungsgremium

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

<b>4.4.1 Vorsitz Prüfungsgremium</b>	
--------------------------------------	--

##### Qualifikation

- Pflegefachkraft  Apotheker  Arzt  \_\_\_\_\_  
 zusätzlich pädagogische Qualifikation  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor

<b>4.4.2 Stellvertreter des Prüfungsvorsitzes</b>	
---	--

##### Qualifikation

- Pflegefachkraft  Apotheker  Arzt  \_\_\_\_\_  
 zusätzlich pädagogische Qualifikation  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor

<b>4.4.3 Fachdozent</b>	
-------------------------	--

##### Qualifikation

- Pflegefachkraft  Apotheker  Arzt  \_\_\_\_\_  
 zusätzlich fachspezifische Qualifikation  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor

<b>4.4.4 Stellvertreter des Fachdozenten</b>	
--	--

##### Qualifikation

- Pflegefachkraft  Apotheker  Arzt  \_\_\_\_\_  
 zusätzlich fachspezifische Qualifikation  
 in der Dozentenliste aufgeführt  Nachweise sind als Anlage beigefügt bzw.  liegen vor

#### 4.6. Sonstiges

--

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

Stempel der Fort- und Weiterbildungsstätte

#### Von der Zertifizierungsstelle auszufüllen:

- Änderung bestätigt: Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle am: \_\_\_\_\_  
 Änderung abgelehnt am: \_\_\_\_\_

<b>Begründung:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Handzeichen:</b>