

Änderungsmeldung/ Ergänzung zum bestehenden Anerkennungsantrag

**ICW/TÜV
2025**

Hinweis zum Sprachgebrauch:

Das in diesem Text gewählte generische Maskulinum bezieht sich gleichfalls auf weibliche sowie andere Geschlechteridentitäten.

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.

Bitte senden Sie die Änderungsmeldung als EDV-Version zu und fügen etwaige Anlage bei. Zusendung an: zert.koch@icwunden.de

1. Stammdaten

1.1. Name und Anschrift des Trägers der Fort- und Weiterbildungsstätte

Anbiaternummer			
Institut:			
Träger:			
Postanschrift:			
Ggf. Standort:			
Ansprechpartner:			
Telefon:		Fax:	
E-Mail allgemein:			
E-Mail 2:			
Internetadresse:			

☞ Bisherigen Daten (Auszug) eintragen!

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

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

Anerkennung gültig bis: _____

2. Änderungen

2.1. Änderung soll erfolgen ab (Datum): _____

2.2. Änderung bezieht/beziehen sich auf

2.2.1. Basisdaten des Anbieters

2.2.2. Kooperationen

2.2.3. Pädagogische Leitung

2.2.4. Fachliche Leitung

2.2.5. Prüfungsgremium

2.2.6. Sonstiges: _____

☞ Angaben zu den gewünschten Änderungen: Nur relevante Änderungen eintragen!

2.3. Basisdaten des Anbieters aktualisiert

Name des Institutes:			
Träger:			
Postanschrift:			
Ggf. Standort:			
Ansprechpartner:			
Telefon:		Fax:	
E-Mail allgemein:			
E-Mail 2:			
Internetadresse:			

2.4. Kooperation aktualisiert

--

2.5. Pädagogische Leitung aktualisiert

Name:	
Vorname:	
Basisqualifikation: <input type="checkbox"/> Pflegefrau/-mann (Pflegefachperson)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Pädagogische Qualifikation:	
<input type="checkbox"/> Lehrer für Pflegeberufe ¹ , Medizin- oder Pflegepädagoge (hochschulische Qualifikation) <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise und berufliche Biographie <input type="checkbox"/> Nachweis/Anmeldung der Teilnahme am Leitungsseminar „Grundlagen“ <input type="checkbox"/> Bei Beantragung des Seminars Fachtherapeut Wunde/Pflegetherapeut Wunde: Nachweis der Teilnahme am entsprechenden Leitungsseminar als Anlage beigefügt	

☞ Auszufüllen von der pädagogischen Leitung:

<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der pädagogischen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde.	
Name:	Unterschrift der neuen pädagogischen Leitung
Ort:	
Datum:	

2.5.1. Stellvertretung Pädagogische Leitung aktualisiert

Name:	
Vorname:	
Basisqualifikation: <input type="checkbox"/> Pflegefrau/-mann (Pflegefachperson)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Pädagogische Qualifikation:	
<input type="checkbox"/> Lehrer für Pflegeberufe ¹ , Medizin- oder Pflegepädagoge (hochschulische Qualifikation) <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise und berufliche Biographie <input type="checkbox"/> Nachweis/Anmeldung der Teilnahme am Leitungsseminar „Grundlagen“ <input type="checkbox"/> Bei Beantragung des Seminars Fachtherapeut Wunde/Pflegetherapeut Wunde: Nachweis der Teilnahme am entsprechenden Leitungsseminar als Anlage beigefügt	

☞ Von der stellvertretenden pädagogischen Leitung auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der stellvertretenden pädagogischen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde.	
Name:	Unterschrift der stellver. pädagogischen Leitung
Ort:	
Datum:	

¹ Die Weiterbildung zur Unterrichtsschwester/zum Unterrichtspfleger bzw. zum Lehrer/zur Lehrerin für Gesundheits- und Pflegeberufe gilt als „Vorläufer“ der Pflegepädagogin/des Pflegepädagogen. Die bundesweit nicht einheitlich geregelte Weiterbildung umfasste 2.100 Stunden in der Theorie und mehrere Wochen Praktikum. Eine abgeschlossene Hochschulausbildung wurde im Krankenpflegegesetz von 2003 in § 4 Abs. 3 Satz 2 verbindlich gefordert. Für die bisherigen Lehrer*innen für Gesundheits- und Pflegeberufe gilt Bestandsschutz. Die Mindestqualifizierung entspricht der Unterrichtsschwester/zum Unterrichtspfleger bzw. zum Lehrer/IN für Gesundheits- und Pflegeberufe.

2.6. Fachliche Leitung aktualisiert

Name:	
Vorname:	
Fachspezifische Qualifikation:	
<input type="checkbox"/> Fachliche Qualifizierung im Themengebiet „Chronische Wunden“ aufgrund einschlägiger berufspraktischer Kenntnisse/Erfahrungen sowie Fortbildung(en) zum Thema chronische Wunden, die bei einer anerkannten Fachgesellschaft absolviert wurden <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise und kurze berufliche Biographie als Anlage beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis/Anmeldung der Teilnahme am Leitungsseminar „Grundlagen“ <input type="checkbox"/> Bei Beantragung des Seminars Fachtherapeut Wunde/Pflegetherapeut Wunde: Nachweis der Teilnahme am entsprechenden Leitungsseminar als Anlage beigefügt	

☞ Auszufüllen von der fachlichen Leitung:

<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der fachlichen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde.	
Name:	Unterschrift fachliche Leitung
Ort:	
Datum:	

2.6.1. Stellvertretung Fachliche Leitung aktualisiert

Name:	
Vorname:	
Basisqualifikation: <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/-mann <input type="checkbox"/> Arzt (Humanmedizin)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Fachspezifische Qualifikation:	
<input type="checkbox"/> Fachliche Qualifizierung im Themengebiet „Chronische Wunden“ aufgrund einschlägiger berufspraktischer Kenntnisse/Erfahrungen sowie Fortbildung(en) zum Thema chronische Wunden, die bei einer anerkannten Fachgesellschaft absolviert wurden <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise und kurze berufliche Biographie als Anlage beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweis/Anmeldung der Teilnahme am Leitungsseminar „Grundlagen“ <input type="checkbox"/> Bei Beantragung des Seminars Fachtherapeut Wunde/Pflegetherapeut Wunde: Nachweis der Teilnahme am entsprechenden Leitungsseminar als Anlage beigefügt	

☞ von der stellvertretenden fachlichen Leitung Auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Aufgabe der stellvertretenden fachlichen Leitung im Rahmen der beantragten Fortbildung wahrnehmen werde.	
Name:	Unterschrift stellvertretende fachliche Leitung
Ort:	
Datum:	

2.7. Prüfungsgremium aktualisiert

☞ Bitte aktuelles Prüfungsgremium vollständig eintragen sofern Änderungen erfolgt sind!

Prüfungsvorsitz	
Name:	
Vorname	
<input type="checkbox"/> Qualifikation in der Dozentenliste aufgeführt <input type="checkbox"/> Nachweise als Anlage beigefügt <input type="checkbox"/> Nachweise liegen der Zertifizierungsstelle vor	

Stellvertretender Prüfungsvorsitz	
Name:	
Vorname	
<input type="checkbox"/> Qualifikation in der Dozentenliste aufgeführt <input type="checkbox"/> Nachweise als Anlage beigefügt. <input type="checkbox"/> Nachweise liegen der Zertifizierungsstelle vor	

Fachdozent	
Name:	
Vorname:	
<input type="checkbox"/> Qualifikation in der Dozentenliste aufgeführt <input type="checkbox"/> Nachweise als Anlage beigefügt. <input type="checkbox"/> Nachweise liegen der Zertifizierungsstelle vor	

Stellvertretender Fachdozent	
Name:	
Vorname:	
<input type="checkbox"/> Qualifikation in der Dozentenliste aufgeführt <input type="checkbox"/> Nachweise als Anlage beigefügt. <input type="checkbox"/> Nachweise liegen der Zertifizierungsstelle vor	

2.8. Sonstiges

--

Name:		Unterschrift Stempel des Bildungsanbieters
Vorname:		
Ort:		
Datum:		

Von der Zertifizierungsstelle auszufüllen:

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

Begründung:

Frankenau/Berlin	
Datum:	
Name:	
Unterschriftsberechtigter der Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle	