

Prüfungsanmeldung und Prüfungsniederschrift

**ICW/TÜV
2025**

Hinweis zum Sprachgebrauch:

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

Inhaltsverzeichnis

1. Prüfungsanmeldung	Seite 3
2. Allgemeine Daten zur Prüfungsniederschrift	Seite 4
3. Bewertung der Prüfung	Seite 5
4. Hinweise zur Handhabung	Seite 6
5. Anlagen/Vordrucke	Seite 7-8

1. Prüfungsanmeldung

Vom Teilnehmer/Antragsteller auszufüllen

Hiermit melde ich mich verbindlich zur folgenden Prüfung an:

- Erstprüfung
- 1. Wiederholungs-Prüfung
- 2. Wiederholungs-Prüfung

für den Abschluss:

- Wundexperte ICW®
- Fachtherapeut Wunde ICW®
- Wundexperte Medizinstudierende ICW®
- Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW® Zusatzqualifikation für spezialisierte Leistungserbringer
- Ärztlicher Wundexperte ICW®
- Pflegetherapeut Wunde ICW®

Prüfungsdatum:	
Prüfungsort:	
Bildungsanbieter:	

Angaben zur Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers, ggf. Titel	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Mail:	

Zulassungsvoraussetzungen

<input type="checkbox"/> Ich verfüge über folgenden Berufsabschluss bzw. abgeschlossenes Studium:	
<input type="checkbox"/> Ich absolviere das Medizinstudium an der Universität:	
Matrikelnummer:	

Erklärung des Antragstellers

<p>Hiermit bestätige ich, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.</p> <p>Ich habe den Inhalt der Prüfungsordnung zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift an. Die Einspruchsfrist beträgt 14 Tage nach Ergebnisbekanntgabe. Danach gilt das Prüfungsergebnis als akzeptiert.</p> <p>Im Falle eines nachgewiesenen Plagiats einer eingereichten Hausarbeit wird ein Betrag in Höhe von 350,00 € plus MwSt. fällig.</p> <p>Ich erlaube der Personenzertifizierungsstelle ICW/PersCert TÜV, meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung zu speichern und zu nutzen. Gleiches gilt für die Verifizierung der Zertifizierung gegenüber Dritten, die ein berechtigtes Interesse haben. ICW/PersCert TÜV ist berechtigt, mein personalisiertes Prüfungsergebnis dem jeweiligen Bildungsanbieter zu übermitteln. Ich habe die Datenschutzerklärung von PersCert TÜV zur Kenntnis genommen.</p>			
Ort:		Datum:	
Unterschrift:			

2. Allgemeine Daten zur Prüfungsniederschrift

☞ vom Bildungsanbieter bzw. der prüfenden Einrichtung auszufüllen

Die Niederschrift bezieht sich auf den Abschluss:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wundexperte ICW® | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Wundexperte ICW® |
| <input type="checkbox"/> Fachtherapeut Wunde ICW® | <input type="checkbox"/> Pflegetherapeut Wunde ICW® |
| <input type="checkbox"/> Wundexperte Medizinstudierende ICW® | |
| <input type="checkbox"/> Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW® Zusatzqualifikation für spezialisierte Leistungserbringer | |

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers		ggf. Titel:		
Name:				
Vorname:				
ggf. abweichender Geburtsname:				
Geburtsdatum:		Geburtsort:		
Mail:				
Straße:			Hausnummer:	
PLZ:		Ort:		
Theoriezeit des Seminars		vom:	bis:	
Bei Bildungsanbieter:				

Prüfende Einrichtung

- Prüfende Einrichtung ist der oben angegebene Bildungsanbieter.
- Prüfende Einrichtung ist die Zertifizierungsstelle.
- Es wurden Prüfungsteile bei/von einem anderen Bildungsanbieter bzw. der Zertifizierungsstelle selbst abgenommen/bewertet.

Prüfung der Zugangsvoraussetzungen durch die prüfende Einrichtung

- Der Nachweis zum Berufsabschluss als: _____ wurde erbracht.
- Die Approbation als Arzt (Humanmedizin) wurde nachgewiesen (Ärztlicher Wundexperte ICW®).
- Ein Zertifikat zur Zulassung zum Aufbaukurs/Modul 1 wurde vorgelegt. **Die Gültigkeit bestand noch zum Zeitpunkt des ersten Prüfungsteils.**
 - Wundexperte ICW® für Fachtherapeut Wunde ICW® sowie Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW®
 - Fachtherapeut Wunde ICW® für Pflegetherapeut Wunde ICW®
 - Alternativ Sonderzulassung der ICW/TÜV-Zertifizierungsstelle
- Der Absolvent hat mindestens 80% der Unterrichtseinheiten besucht.
- Der Absolvent hat schriftlich bestätigt, dass ihm die Vorgaben zur Prüfung und zur Rezertifizierung bekannt sind.

Mitglieder des Prüfungsgremiums

Vorsitz Prüfungsgremium:	
Fachdozent:	
Klausuraufsicht:	
Ggf. Erst- oder Zweitbewerter der Zertifizierungsstelle:	

3. Bewertung der Prüfung

Prüfling Name:		Vorname:	
-----------------------	--	-----------------	--

- Wundexperte ICW® Ärztlicher Wundexperte ICW®
 Fachtherapeut Wunde ICW® Pflegetherapeut Wunde ICW®
 Wundexperte Medizinstudierende ICW®
 Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW® Zusatzqualifikation für spezialisierte Leistungserbringer

Teil 1 Klausur oder Performanzprüfung

- Erstprüfung beim** **Seminaranbieter** **abweichend:** _____
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____
- Erste Wiederholung beim** **Seminaranbieter** **abweichend:** _____
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____
- Zweite Wiederholung beim** **Seminaranbieter** **abweichend:** _____
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____

Teil 2 Hausarbeit

- Ersteinreichung** Der Prüfling hat die Hausarbeit eingereicht
Abgabe Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____
- Erste Wiederholung** Der Prüfling hat die Hausarbeit eingereicht
Abgabe Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____
- Zweite Wiederholung** Der Prüfling hat die Hausarbeit eingereicht
Abgabe Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer: _____

Teil 2 Colloquium

- Erstprüfung** Der Prüfling hat das Colloquium absolviert.
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer 1: _____ und Prüfer 2: _____
- Erste Wiederholung** Der Prüfling hat das Colloquium absolviert.
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer 1: _____ und Prüfer 2: _____
- Zweite Wiederholung** Der Prüfling hat das Colloquium absolviert.
Datum: _____ Ergebnis: nicht bestanden bestanden, Note: _____
Bewertet durch Prüfer 1: _____ und Prüfer 2: _____

Die Hospitation wurde inhaltlich und zeitlich wie gefordert nachgewiesen.

Die Prüfung ist bestanden nicht bestanden.

Ort:		Name:	
		Unterschrift Prüfungsvorsitz oder stellvertretender Prüfungsvorsitz:	
Datum:			

- Erst- oder Zweitbewertung durch Zertifizierungsstelle
Prüfer: _____ Prüfungsteil: _____
Ergebnis für den Prüfungsteil bestanden nicht bestanden.

4. Hinweise zur Handhabung

4.1. Ausfüllen

Es müssen **alle Prüfungen** in einer Niederschrift dokumentiert werden; auch von den Teilnehmern, die abschließend nicht bestanden haben.

Bitte **Prüfungsniederschrift** als Vorder- und Rückseite oder als Doppelblatt ausdrucken oder als EDV-Version speichern.

4.2. Versendung

Die ausgefüllten Prüfungsniederschriften laden Sie digital in Ihrer vom TÜV zugewiesenen TUVbox hoch.

Die Prüfniederschriften **Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW®** gehen ausschließlich an die ICW Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle in Frankenau.
zert.dreiling@icwunden.de

Sollte dies nicht möglich sein, so steht Ihnen für die postalische Zusendung der angefügten Vordrucke zur Verfügung.

Bitte senden Sie die **Prüfungsniederschriften nur einmal** per Mail oder per Post und nach Möglichkeit im kompletten Klassensatz zu.

Die Zusendung der Prüfungsniederschriften muss für jeden Teilnehmer **spätestens sechs Wochen nach seinem letzten Prüfungstermin** (nicht pro Prüfung, sondern am Abschluss aller Anteile) erfolgt sein.

4.3. Prüfungsanmeldung

Die Prüfungsanmeldung ist **von jedem Seminarteilnehmer** (Prüfungsteilnehmer) auszustellen und von ihm zu unterschreiben. Prüfungsanmeldung und Prüfungsniederschrift werden vom Bildungsanbieter zusammen an PersCert TÜV zugesendet. (Datenschutzgrundverordnung/DSGVO). Eine Kopie ist beim Bildungsanbieter für fünf Jahre zu hinterlegen.

5. Vordrucke Anschreiben

Siehe Anhang

Absender:

An
TÜV Rheinland Akademie
PersCert TÜV
ICW/TÜV- Personenzertifizierung
Alboinstraße 56
12103 Berlin

oder

An
Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle
ICW e.V./PersCert TÜV
Saalenstr. 10

35110 Frankenau

perscert-icw@de.tuv.com

zert.dreiling@icwunden.de

Ort, Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

In der Anlage erhalten Sie

alle Prüfungsniederschriften für den abgeschlossenen Kurs zum:

Seminar	Kursnummer laut Zertifizierungsstelle	Anzahl Prüfungs- teilnehmer	Anzahl bestandener Prüfungen
Wundexperte ICW®			
Ärztlicher Wundexperte ICW®			
Fachtherapeut Wunde ICW®			
<i>Fachtherapeut Wunde ICW® Zusatzzertifikat HKP</i>			<i>entfällt</i>
<i>Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW®</i>			
Pflegetherapeut Wunde ICW®			
Wundexperte Medizinstudierende ICW®			

Die Prüfungsgebühr wird für jeden Teilnehmer einmalig erhoben, auch für diejenigen, die diese abschließend nicht bestanden haben.

In Magenta markierte Unterlagen sind ausschließlich in der Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle anzufordern. Das Formular zur Anforderung der Zusatzzertifikate erhalten Sie ebenfalls von der Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle.

- Für die bestandenen Prüfungen beantragen wir die Zertifikate laut beigefügter Prüfungsniederschriften
- Für noch nicht abgeschlossene Prüfungen werden die Niederschriften nachgereicht, auch im Falle des abschließenden Nichtbestehens.
- Senden Sie die Zertifikate an die Adresse aus dem Anerkennungsantrag.
- Senden Sie die Zertifikate an folgende Adresse:

- Die Gebühren sind laut Gebührenordnung zur Kenntnis genommen.
- Die Rechnungsadresse entspricht der Adresse im Anerkennungsantrag.
- Die Rechnungsadresse weicht ab und lautet:

Name:		Vorname:	
Unterschrift:			