

**Nachweis über erbrachte Fortbildungspunkte**

Frau/ Herr \_\_\_\_\_

Anschrift, Telefon, e-mail: \_\_\_\_\_

Teilnahme an folgenden Fortbildungsveranstaltungen:

<b>Datum</b>	<b>Fortbildungs- stunden</b>	<b>Veranstaltungsart:</b> Kongress (ICW/TÜV) Fortbildung durch anerkannten Bildungsträger	<b>Inhalt</b>	<b>Nachweis erbracht</b> × nur bei Bescheinigung durch anerkannten Bildungsträger	<b>Nachweis beigefügt</b> (Kopie)

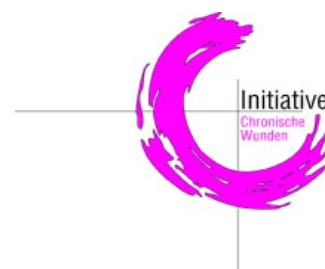
**Stunden gesamt :** \_\_\_\_\_ **Die Fortbildungsleistung der oben genannten Person wird hiermit bestätigt:**

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Verantwortlicher  
**Bildungsinstitut**

Unterschrift Verantwortlicher  
**Anerkennungs- und Zertifizierungsstelle ICW/ pers.Cert TÜV**



## Antrag zur Rezertifizierung

### Name und Anschrift

Herr/ Frau

.....

.....

### 1. Wundexperte ICW / TÜV

Zertifikat vom: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

### 2. Pflegetherapeut Wunde ICW / TÜV

Zertifikat vom: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

### 3. Schulungsmaßnahmen

Die Schulungsmaßnahmen von vorgeschriebenen 8 Stunden /Jahr wurden erbracht. Der Nachweis ist in der Anlage beigefügt.

### 4. Praktische Tätigkeit

Während der letzten 5 Jahre war ich in der Praxis in folgendem zeitlichen Umfang mit dem Themengebiet „Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden“ betraut:  
Ca. Stunden/ Monat: \_\_\_\_\_

### 5. Ich beantrage eine Rezertifizierung. Die Rechnung für die Rezertifizierung

- senden sie an die oben genannte Adresse
- senden sie an folgende abweichende Rechnungsadresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum/Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers