

## Anleitung zur Beantragung der Rezertifizierung

Die Beantragung der Rezertifizierung können Sie über zwei verschiedene Wege durchführen:

- ☞ Als Einzelperson für sich selbst
- ☞ Über den Bildungsträger, bei dem Sie die Fortbildungen absolviert haben (sofern dieser diesen Service anbietet)

### **Wenn Sie die Rezertifizierung als Einzelperson beantragen:**

1. Füllen Sie das **Antragsformular** auf Seite 2 aus.
2. Füllen Sie die Tabelle **Fortbildungsliste** auf Seite 4 entsprechend der Rezert-Fortbildungen aus, die Sie im Zeitraum der fünf Jahre absolviert haben
3. Fügen Sie alle **Fortbildungsnachweise** in Form von Teilnahmebescheinigungen (Kopien) für die Fortbildungen bei, die Sie in der Fortbildungsliste aufgeführt haben. Behalten Sie die Originale zu Ihren eigenen Unterlagen.
4. Fügen Sie bitte das Original-Zertifikat bei. Sie erhalten ein neues Zertifikat mit neue Gültigkeitsdauer.
5. Senden Sie den ausgefüllten Antrag an die folgende Adresse:

TÜV Rheinland Akademie PersCert  
Stichwort: „Rezertifizierung Wundseminare“  
Alboinstraße 56  
12103 Berlin

### **Wenn Sie die Rezertifizierung über den Bildungsträger beantragen**

1. Verfahren wie oben in Punkt 1 - 4 beschrieben.
2. Legen Sie den ausgefüllten Antrag beim Bildungsträger vor.

Alle weiteren Informationen zur Rezertifizierung von Absolventen finden Sie in unseren Ausführung zu „Info Rezertifizierung Absolventen/Teilnehmer“

# Antrag zur Rezertifizierung für Absolventen der ICW/TÜV Personalzertifizierung

Absender: \_\_\_\_\_

An  
TÜV Rheinland Akademie PersCert  
„Rezertifizierung Wundseminare“  
Alboinstraße 56  
12103 Berlin



## Der Antrag bezieht sich auf

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<b>Name, Vorname:</b> _____	
<b>Straße, Haus-Nr.:</b> _____		<b>PLZ, Ort</b> _____	
<b>E-Mail:</b> _____		<b>Telefon:</b> _____	
<input type="checkbox"/> <b>Wundexperte ICW/TÜV</b> Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____		<input type="checkbox"/> <b>Pflegetherapeut Wunde ICW/TÜV</b> Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Ärztlicher Wundexperte ICW/TÜV</b> Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____		<input type="checkbox"/> <b>Fachtherapeut Wunde ICW/TÜV</b> Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	
<b>Fortbildungspunkte</b>			
<input type="checkbox"/> Die Fortbildungsmaßnahmen wurden wie vorgeschrieben mit acht Punkten/Jahr erbracht. <input type="checkbox"/> Die einzelnen Nachweise sind in der Anlage beigefügt.			
<b>oder</b>			
<input type="checkbox"/> Die einzelnen Nachweise wurden dem Bildungsträger vorgelegt und durch ihn schriftlich bestätigt (Nur bei Antrag über Bildungsträger).			
<input type="checkbox"/> Aufgrund von Krankheit konnte ich die Fristen zur Punkteerbringung nicht einhalten. Die für eine Fristverlängerung erforderliche ärztliche Attestierung liegt dem Antrag bei.			
<input type="checkbox"/> Die Grundqualifikation ist als Kopie bescheinigt (Pflegefachkraft, Arzt, ...)			
<b>Praktische Tätigkeit</b>			
<input type="checkbox"/> Während der letzten fünf Jahre war ich in der Praxis in folgendem zeitlichen Umfang mit dem Themengebiet „Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden“ betraut: Ca. Stunden/Monat: _____			

- Ich beantrage eine Rezertifizierung.
- Die Rechnung für die Rezertifizierung senden Sie an die oben genannte Adresse.
- Die Rechnung wird vom Bildungsträger beglichen (Nur bei Antrag über Bildungsträger).

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

# Antrag zur Rezertifizierung von Absolventen durch Bildungsanbieter

Absender: \_\_\_\_\_

An  
TÜV Rheinland Akademie PersCert  
„Rezertifizierung Wundseminare“  
Alboinstraße 56  
12103 Berlin



Für folgende Absolventen beantragen wir die Rezertifizierung:

Name, Vorname	Abschluss als <sup>1</sup> Vom: Datum	Zertifikat Nr.

## Bestätigung

- Die benannten Absolventen haben die einzelnen Nachweise im Original vollständig vorgelegt, durch welche die erforderlichen Punkte zur Rezertifizierung bescheinigt wurden.
- Die erforderliche Grundqualifikation wurde von allen bescheinigt (z. B. Pflegefachkraft).
- Ggf. erforderliche ärztliche Attestierung wurde vorgelegt.
- Für jeden Absolventen liegen der unterschriebene Antrag sowie das bisherige Zertifikat bei.

## Rechnungsadresse

- Senden Sie die Rechnung für die Rezertifizierung der Absolventen gesammelt an die oben genannte Adresse unseres Bildungsinstituts.

Ort, Datum

Unterschrift u. Name des Antragstellers in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Stempel des Bildungsinstituts

<sup>1</sup> Wundexperte ICW<sup>®</sup>, Ärztlicher Wundexperte ICW<sup>®</sup>, Pflegetherapeut Wunde ICW<sup>®</sup>, Fachtherapeut Wunde ICW<sup>®</sup>

**Fortbildungsliste Rezertifizierung Absolventen**

Wundexperte ICW® /Ärztlicher Wundexperte ICW®  
Pflegetherapeut Wunde ICW® Fachtherapeut Wunde ICW®



Frau  Herr

Adresse: \_\_\_\_\_

hat an folgenden Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen:

Datum	Rezeptpunkte Lt. Zertifizierungsstelle	Registrierungsnummer Lt. Zertifizierungsstelle	Veranstaltungsart: a) Wund- Kongress einer Fachgesellschaft b) Anwesenheits-Fortbildung c) Fernfortbildung d) Hospitation (Wundsiegel zertifizierten Einrichtung)	Inhalt/Thema	Nachweis erbracht Nur bei Beantragung durch Bildungsträger	Nachweis beigefügt (Kopie) Bei Einzelantrag
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja

Punkte gesamt: \_\_\_\_\_

Die Fortbildungsleistung der oben genannten Person wird bestätigt:

Ort, Datum

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Verantwortlicher  
**Bildungsinstitut** (anerkannt durch ICW/TÜV) (Nur bei Antrag über Bildungsträger)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verantwortlicher  
**Zertifizierungsstelle ICW/TÜV**