

## 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. Legen Sie eine Kopie Ihrer **Berufsurkunde** (Grundqualifikation z.B. Gesundheits- und Krankenpflege, Arzt) bei.
6. 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 Ausführungen zu „Info Rezertifizierung Absolventen/Teilnehmer“

# Antrag zur Rezertifizierung für Absolventen der ICW/TÜV Personenzertifizierung

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	Ggf. Titel, Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort
E-Mail:		Telefon:
<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. <p style="text-align: center;"><b>oder</b></p> <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).

**Bitte beachten Sie, dass eine nachträgliche Korrektur der Rechnung nicht möglich ist. Klären Sie vorab eine Kostenübernahme durch den Arbeitgeber oder andere!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

# 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**