

## **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 5  
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 unserer 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	Name, Vorname:
Straße, Haus-Nr.:	
PLZ, Ort	
E-Mail:	
Telefon:	
<input type="checkbox"/> Wundexperte ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	<input type="checkbox"/> Pflegetherapeut Wunde ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Wundexperte ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____	<input type="checkbox"/> Fachtherapeut Wunde ICW/TÜV Zertifikat ausgestellt am: _____ Zertifikatnummer: _____

## Fortbildungspunkte

- Die Fortbildungsmaßnahmen wurden wie vorgeschrieben mit acht Punkten/Jahr erbracht.  
 Die einzelnen Nachweise sind in der Anlage beigefügt.  
**oder**  
 Die einzelnen Nachweise wurden dem Bildungsträger vorgelegt und durch ihn schriftlich bestätigt **(Nur bei Antrag über Bildungsträger)**.
- Aufgrund von Krankheit konnte ich die Fristen zur Punkteerbringung nicht einhalten. Die für eine Fristverlängerung erforderliche ärztliche Attestierung liegt dem Antrag bei.  
 Die Grundqualifikation ist als Kopie bescheinigt (Pflegefachkraft, Arzt, ...)

## Praktische Tätigkeit

- 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®, Ärztlicher Wundexperte ICW®, Pflegetherapeut Wunde ICW®, Fachtherapeut Wunde ICW®

## Fortbildungsliste Rezertifizierung Absolventen

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



**Frau**  **Herr**

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

hat an folgenden Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen:

Datum	Rezert-punkte Lt. Zertifizie- rungsstelle	Registrier- nummer Lt. Zertifizie- rungsstelle	Veranstaltungsart: a) Wund- Kongress einer Fachgesellschaft b) Anwesenheits-Fortbildung c) Fernfortbildung d) Hospitation (Wundsiegel zertifizierten Einrichtung)	Inhalt/Thema	Nachweis erbracht Nur bei Beantrag- ung durch Bil- dungsträger	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**