

## 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 neuer 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  | <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><br>Zertifikat ausgestellt am: _____<br>Zertifikatnummer: _____   |                             | <input type="checkbox"/> <b>Pflegetherapeut Wunde ICW/TÜV</b><br>Zertifikat ausgestellt am: _____<br>Zertifikatnummer: _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Ärztlicher Wundexperte ICW/TÜV</b><br>Zertifikat ausgestellt am: _____<br>Zertifikatnummer: _____  |                             | <input type="checkbox"/> <b>Fachtherapeut Wunde ICW/TÜV</b><br>Zertifikat ausgestellt am: _____<br>Zertifikatnummer: _____   |
| <b>Fortbildungspunkte</b><br><input type="checkbox"/> Die Fortbildungsmaßnahmen wurden wie vorgeschrieben mit acht Punkten/Jahr erbracht.<br><input type="checkbox"/> Die einzelnen Nachweise sind in der Anlage beigelegt.<br><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).<br><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.<br><input type="checkbox"/> Die Grundqualifikation ist als Kopie bescheinigt (Pflegefachkraft, Arzt, ...) |                             |  |
| <b>Praktische Tätigkeit</b><br><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:<br>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><br>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-<br>punkte<br>Lt. Zertifizie-<br>rungsstelle | Registrier-<br>nummer<br>Lt. Zertifizie-<br>rungsstelle | Veranstaltungsart:<br>a) Wund- Kongress einer Fachgesellschaft<br>b) Anwesenheits-Fortbildung<br>c) Fernfortbildung<br>d) Hospitation (Wundsiegel zertifizierten<br>Einrichtung) | Inhalt/Thema | Nachweis<br>erbracht<br>Nur bei Beantra-<br>gung durch Bil-<br>dungsträger | Nachweis<br>beigefügt<br>(Kopie)<br>Bei Einzelantrag |
|-------|---|---|--|--------------|--|--|
|       |   |   | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b<br><input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d   |              | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> ja                          |
|       |   |   | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b<br><input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d   |              | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> ja                          |
|       |   |   | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b<br><input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d   |              | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> ja                          |
|       |   |   | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b<br><input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d   |              | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> ja                          |
|       |   |   | <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b<br><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**