

Bitte senden Sie den Antrag per E-Mail ([info@dgkim.de](mailto:info@dgkim.de)) an unsere Geschäftsstelle.



Deutsche Gesellschaft für  
Kinderschutz in der Medizin

## Antrag zur Erlangung des Zertifikates Kinderschutzmedizin

(Stand 14. Februar 2017)

Title/ Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift dienstlich \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich \_\_\_\_\_ Email dienstlich \_\_\_\_\_

Anschrift privat \_\_\_\_\_

Telefon privat \* \_\_\_\_\_ Email privat \* \_\_\_\_\_

*\*keine Pflichtangaben*

Tätigkeit  Arzt in Weiterbildung für \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Schwerpunktsbezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Sonstige Zusatzweiterbildung \_\_\_\_\_

Funktion  Assistenzarzt  Oberarzt  Chefarzt

Klinische Tätigkeit in einer Einrichtung mit spezieller Kenntnis auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes (Nachweis bitte als formlose Anlage beifügen)

Einrichtung \_\_\_\_\_

Seit \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft bei der DGKiM seit \_\_\_\_\_

Teilnahme an den Jahrestagungen der AG/DGKiM JT \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller \_\_\_\_\_

JT \_\_\_\_\_

-----  
auszufüllen durch DGKiM

Anmeldegebühr entrichtet Zum Fachgespräch schriftlich eingeladen am \_\_\_\_\_