



## Anmeldung des Weiterbildungsbeginns bei der DGA

gemäß Weiterbildungsordnung „Audiologischer CI-Assistent“ der DGA

Bitte als ein kompiliertes PDF-Dokument an die Geschäftsstelle der DGA senden ([dga@hz-ol.de](mailto:dga@hz-ol.de)).  
Anlagen bitte in der Reihenfolge der Anlagenübersicht!

<b>Bearbeitungsnummer</b> (wird von der WBK vergeben):	
--	--

### Antragsteller

Name, Vorname:			
Akadem. Titel:		DGA-Mitgliedsnr.:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Private Anschrift	PLZ u. Ort:		
	Str. u. Nr.:		Tel.:
	E-Mail:		

### Tätigkeit des Antragstellers in Institution / Klinik

Name der Einrichtung:			
Dienstanschrift	PLZ:	Ort:	
	Str.:		Tel.:
	E-Mail:		
Dienststellung:			
Gewünschte Postanschrift	Privat <input type="checkbox"/>	Dienstl. <input type="checkbox"/>	

### Eingangsqualifikation des Antragstellers

Art des letzten Abschlusses	<input type="checkbox"/> Universität		
	<input type="checkbox"/> Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAWK) / Fachhochschule (FH)		
	<input type="checkbox"/> Berufsakademie (BA)		
	<input type="checkbox"/> Meisterschule für Hörakustik		
	Fachrichtung		
Datum			
	<input type="checkbox"/> Akademischer Bachelor	<input type="checkbox"/> Meister für Hörakustik	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

### Vorleistungen, die mit Eintritt in die Weiterbildung durch die WBK anerkannt werden sollen

Studium Vorlesungen, Praktika etc.	
Ggfs. Diplom-/Masterarbeit	Titel
Sonstiges	

<b>Weiterbildungsbeginn</b>	ab Datum
-----------------------------	----------

### Als Mentor (Weiterbildungsermächtigter der DGA) wird vorgeschlagen

Name, Vorname:	
Einrichtung:	

## Vom Weiterbildungsermächtigten (Mentor) auszufüllen

Die Einrichtung des Antragstellers ist zur Weiterbildung geeignet		Ja <input type="checkbox"/>
		Nein <input type="checkbox"/>
Falls nein: Mit folgender Einrichtung soll zur Weiterbildung kooperiert werden		
Name und Anschrift der Weiterbildungseinrichtung		
	PLZ:	Ort:
	Str.:	Tel.:
	E-Mail:	
<b>Antrag u. Anlagen wurden durch den Mentor auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft</b>		
Ort/Datum	Name und Unterschrift des Mentors	

## Hiermit melde ich den Weiterbildungsbeginn mit dem Ziel der Erlangung der Fachanerkennung als Audiologischer CI-Assistent durch die DGA an.

Datenschutzerklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die von mir der Weiterbildungskommission mitgeteilten persönlichen Daten für die Antragszwecke von der DGA gespeichert und an Gutachter der DGA weitergeleitet werden. Ich stimme der Weiterleitung in Form eines unverschlüsselten E-Mail-Anhangs zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit per E-Mail an [dga@hz-ol.de](mailto:dga@hz-ol.de) widerrufen.

**Ort / Datum**

**Unterschrift des Antragstellers**

## Anlagenübersicht

1. Zeugniskopien der Hochschulabschlüsse (Bachelor, Master, Diplom, Promotion)
2. Nur bei FH/BA: PDF-Datei der wissenschaftlichen Arbeit zur Erlangung der Eingangsqualifikation
3. Tabellarischer Lebenslauf
4. Kopien zu Vorleistungen, die durch die WBK anerkannt werden sollen

Falls die Weiterbildung nicht in der Einrichtung erfolgt, an der der Mentor tätig ist:

5. Gutachten des Mentors über die Eignung der Weiterbildungseinrichtung
6. Ausstattung der Weiterbildungseinrichtung
7. Weitere Angaben zur Weiterbildungseinrichtung

## Hinweise

Eine Eingangsbestätigung an den Antragsteller erfolgt durch die Geschäftsstelle der DGA. Die Vollständigkeit des Antrages und der Anlagen wird durch die Geschäftsstelle geprüft. Bei Unvollständigkeit weist die Geschäftsstelle den Antragsteller darauf hin. Bei Vollständigkeit leitet die Geschäftsstelle den Antrag an die WBK weiter.

Die WBK prüft den Antrag und die Unterlagen innerhalb von vier Wochen und teilt das Ergebnis dem Antragsteller mit.

**Anlage 6: Ausstattung der Weiterbildungseinrichtung**

Name der Einrichtung		besteht seit
Anzahl	Ausstattung	
	Hörkabine(n) für die Routine-Audiometrie (Schallschutz entsprechend DIN/ISO) mit klinischen Audiometern der Klasse 1, Sprachtests in Ruhe und im Störschall, Impedanz-Audiometer, Lautheits-Skalierung	
	Hörkabine(n) für Kinder-Audiometrie	
	Messkabine(n) für die MESSung akustisch evozierter Potentiale mit hinreichend geringem elektromagnetischem Störfeld (ggf. Schirmung) sowie Apparatur für Hirnstammaudiometrie, ASSR und/oder CERA Apparatur zur Messung der otoakustischen Emissionen (TEOAE und DPOAE)	
	großer Freifeld-Raum zur Durchführung von Richtungs-Hörtests (Abstand Patient-Lautsprecher mindestens 1 m) und Anlage zur Bestimmung des Richtungshörvermögens	
	Raum für die Anpassung und Überprüfung technischer Hörhilfen mit Hörgeräte-Messbox, In-situ-Audiometrie, einschlägiger Anpass-Hard- und Software für konventionelle und implantierbare Hörsysteme (z.B. Hörgeräte und aktive Mittelohrimplantate) möglichst von jeweils mehreren Herstellern	
	Raum für Anpassung und Überprüfung von CI-Systemen mit Anpass-Hard- und -Software	Anzahl der CI-Hersteller:
	HNO-ärztlicher Untersuchungsplatz	
	Raum für Hörrehabilitation und hörgerichtete Förderung	
	Raum für Beratung und Besprechung	

Die in den Anhängen IIIa und IIIb der Weiterbildungsordnung aufgeführten audiometrischen und neurootologischen Untersuchungen werden an obiger Einrichtung regelmäßig durchgeführt

ja	nein
----	------

## ACiA-WBB-Antrag

Falls „nein“: Nennen Sie bitte die in der genannten Einrichtung nicht eingesetzten Verfahren:


### Anlage 7: Weitere Angaben zur Weiterbildungseinrichtung

Name der Einrichtung						besteht seit
Personelle Besetzung des audiologischen Bereichs (Anzahl)	Master	Akad. Bachelor	Hörakustikmeister	MTA, MFA	Doktoranden, Praktikanten	sonstige
Regelmäßiger Zugang zu Kongressen, Workshops etc. für Audiologen in Weiter- und Fortbildung?						
Anzahl der CI-Implantationen pro Jahr			Kinder:		Erwachsene:	
Anzahl der Erstanpassungen pro Jahr			Kinder:		Erwachsene:	
Anzahl der CI-Kontrollen pro Jahr			Kinder:		Erwachsene:	

Für die Richtigkeit der Angaben in den Anlagen 6 und 7

Datum: \_\_\_\_\_

Antragsteller

Mentor