



An den Vorstand der AG für prächirurgische  
Epilepsiediagnostik u. operative Epilepsiechirurgie  
- Herrn Prof. Dr. A. Strzelczyk, Sekretär -  
Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main  
Haus 95, ZNN, Neurologie, Universitätsklinikum  
Schleusenweg 2 – 16  
60528 Frankfurt am Main

**Antrag auf Erteilung des Zertifikates :  
Prächirurgische Epilepsiediagnostik und operative Epilepsiechirurgie**

Antragsteller :

Name : \_\_\_\_\_

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

Tel.-Nr. : \_\_\_\_\_ Fax-Nr. : \_\_\_\_\_

e-mail-Adresse : \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie den beantragten Bereich an:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Epileptologie</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>Neuropsychologie</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Neurochirurgie</b>                              | <input type="checkbox"/> <b>Neuroradiologie</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>MTA für prächirurgische Epilepsiediagnostik</b> |  |

(Bitte legen Sie Ihrem Antrag die für den jeweiligen Bereich erforderlichen Unterlagen bei.)

Hiermit bestätige ich die Erteilung des Zertifikates für den oben genannten Bereich. Ich bestätige, dass ich während eines Zeitraumes von zwei Jahren (MTA 12 Monate) kontinuierlich in einem Epilepsiechirurgischen Zentrum oder damit regional kooperierenden Zentrum mit einer minimalen Fallzahl von 25 pro Jahr tätig war.

Ich überweise eine Bearbeitungsgebühr von 100,00 Euro an:  
Commerzbank AG, Filiale Bamberg, BLZ: 770 400 40, Kto.-Nr. 0129 6466 00,  
IBAN:DE43 7704 0080 0129 6466 00; BIC: COBADEFFXXX  
Stichwort: Zertifikatsantrag.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragstellers: \_\_\_\_\_

Bei Assistenzärzten/-innen: Bestätigung durch den Arbeitsgruppenleiter:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitsgruppenleiter: \_\_\_\_\_