



Österreichische Gesellschaft  
für Neurologie

## **Ansuchen zur Rezertifizierung als MS-Zentrum an den Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie**

Vorname/Nachname/Titel: .....

Klinische Abteilung: .....

und/oder Ordination als Facharzt/-ärztin für Neurologie und Psychiatrie/ Psychiatrie und Neurologie,  
Facharzt/-ärztin für Neurologie in: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Fax: .....

e-mail: .....

*Mir sind die Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie hinsichtlich der Behandlung von MS-PatientInnen in MS-Zentren bekannt und ich nehme diese zur Kenntnis (siehe Beiblatt „Anforderungen an MS-Zentren“).*

In den letzten zwei Jahren wurden folgende Fortbildungsveranstaltungen besucht (Erfordernis sind 15 Stunden MS-Fortbildung, davon mindestens 7 zu therapeutischen Aspekten, durch zumindest einen Vertreter/eine Vertreterin des Zentrums):

MS-Zentrums-Treffen (vormals Usermeeting) (Ort, Datum):

.....  
.....  
.....

MS-Akademie (Ort, Datum):

.....  
.....  
.....

Sonstige MS-Veranstaltungen/Kongresse (ECTRIMS etc., Onlinestudium):

.....  
.....  
.....

Für Nicht-ÖGN Veranstaltungen ersuchen wir um Übersendung von Kopien der Teilnahmebestätigungen.

*Für die Zertifizierung bzw. Re-Zertifizierung ist es ausreichend, wenn die angeführten Fortbildungsanforderungen durch jeweils eine/n VertreterIn eines Zentrums erfüllt werden.*

Datum:

.....

Unterschrift:

.....