

**Antrag für die Ausstellung eines Schildes für  
zertifizierte Fachkräfte nach DKThR  
(bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen!)**



Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

DKThR Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

---

Ich habe folgende DKThR-Weiterbildung (**kopiertes Zertifikat ist dem Antrag beizufügen**) beim  
DKThR absolviert:

\_\_\_\_\_

Oder:

Ich habe bei folgendem Weiterbildungsanbieter die folgende Weiterbildung absolviert (**kopiertes Zertifikat ist dem Antrag beizufügen; die Qualität der Weiterbildung wird im Einzelfall überprüft und kann ggfs. abgelehnt werden**):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antrag für die Ausstellung eines Schildes für  
zertifizierte Fachkräfte nach DKThR  
(bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen!)**



Die notwendigen 15 Fortbildungspunkte (davon sollten 5 Fortbildungspunkte im entsprechen-  
den Fachbereich erworben sein) für die Ausstellung des DKThR-Schildes habe ich in den letz-  
ten 4 Jahren durch folgende Seminare/Angebote erreicht:  
(kopierte Teilnahmebescheinigungen sind dem Antrag beizufügen)

Datum	Bezeichnung	Anbieter	Punkte

---

Ich möchte mit den folgenden Daten in die Liste „Fachkräfte & Einrichtungen“ auf der DKThR  
Internetseite aufgenommen werden:

Ja                       Nein

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

# Antrag für die Ausstellung eines Schildes für zertifizierte Fachkräfte nach DKThR (bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen!)



Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Internetseite: \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_

---

## Folgende weitere APO Bestimmungen sind zu beachten:

Die Fachkraft muss nach den Durchführungsbestimmungen des DKThR arbeiten.

Die Fachkraft erhält das DKThR Schild. Auf dem DKThR Schild werden der Name der Fachkraft, der jeweilige Fachbereich und die Gültigkeitsdauer dokumentiert. Das Schild verbleibt im Eigentum des DKThR. Es ist nach Ablauf der Vertragsdauer an das DKThR zurück zu geben.

Die Auszeichnung als zertifizierte Fachkraft nach DKThR ist 4 Jahre gültig.

Die Verlängerung der Auszeichnung muss erneut beantragt werden. Für die Verlängerung müssen erneut mindestens 15 Fortbildungspunkte (DKThR-Fachseminare, DKThR Fachtagungen, ausgewählte FN-Seminarangebote, etc.) innerhalb von 4 Jahren durch entsprechende Bescheinigungen nachgewiesen werden.

Alle zertifizierten Fachkräfte sind verpflichtet, ihr DKThR Schild zurückzugeben, sollten die Voraussetzungen für die Auszeichnung nicht mehr vorliegen oder die Fachkräfte ihre Tätigkeit nicht mehr ausüben.

Dem DKThR ist auf Verlangen über Durchführungsfragen Auskunft zu erteilen sowie Zutritt zur Einrichtung und ein Beisitz bei den durchgeführten Maßnahmen zu gewähren.

Die Auszeichnung ist gebührenpflichtig und kostet für 4 Jahre 30 €. Die Gebühr ist umgehend nach Erhalt der Rechnung zu begleichen. Erst dann wird das Schild an den Antragssteller versandt.

# Antrag für die Ausstellung eines Schildes für zertifizierte Fachkräfte nach DKThR (bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen!)



## Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Bitte beachten Sie, dass wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Bearbeitung Ihres Antrags beim DKThR Ihre Daten speichern und verarbeiten müssen. Dazu gehören die oben ausgefüllten Daten.

Hier geht es zu der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):

[www.datenschutz-grundverordnung.eu](http://www.datenschutz-grundverordnung.eu)

Bitte bestätigen Sie:

- Ich habe den Hinweis zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen
- 

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das DKThR e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem DKThR e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

---

**Hiermit bestätige ich sowohl die oben gemachten Angaben als auch  
das SEPA-Lastschriftmandat**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin