

**Erfassung Weiterbildung der ärztlichen Leitung zur Einreichung des Antrages „Anerkennung Wundzentren SAfW“**

**Name des Wundzentrums:**

**Name der ärztlichen Leiterin / des ärztlichen Leiters:**

**Wundspezifische Weiterbildung:**

Datum / Jahr	Dauer (h)	Veranstalter	Thema	Ergänzende Angaben

**Informelle wundspezifische Bildungstätigkeiten:**

Datum / Jahr	Dauer (h)	Veranstalter	Thema	Ergänzende Angaben