



## 6. CERPs AUFLISTUNG UND BERECHNUNG

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

**Füllen Sie diesen Punkt nur aus, wenn Sie mit CERPs rezertifizieren – überspringen Sie diesen Abschnitt bei Rezertifizierung mit Examen.**

Bevor Sie mit dem Eintragen Ihrer CERPs beginnen, fotokopieren Sie diese Doppelseite für den Fall, dass Sie mehr Platz benötigen. Weitere Instruktionen finden Sie im Informationsbüchlein für die Rezertifizierung. Machen Sie die entsprechenden Angaben zu jedem Programm oder Fortbildung, die Sie besucht haben. Bitte kennzeichnen Sie die Eintragungen in Ihrem „Blauen Buch“ oder beiliegende Unterlagen mit untenstehenden laufenden Nummern. Wir bitten Sie, zuerst diejenigen Programme aufzulisten, für die CERPs bereits genehmigt wurden. Wenn diese CERPs bereits in Ihrem „Blauen Buch“ bestätigt wurden, sind keine weiteren Teilnahmebestätigungen notwendig. Führen Sie anschließend jene Fortbildungen oder Vorträge chronologisch auf, für die Sie erst um Genehmigung der CERPs beantragen müssen. (siehe Informationen über *Individuelle CERPs* im *Informationsbüchlein für die Rezertifizierung*)

ID #	DATUM	ORGANISATION	TITEL DES VORTRAGS/ PROGRAMMS	PRÄSENTIERT VON	L CERPs	E CERPs	R CERPs
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

18							
19							
20							
21							
22							
23							

CERPs der KATEGORIE (Minimum 50)

CERPs der KATEGORIE (Minimum 5)

CERPs der KATEGORIE (Maximum 20)

SUMME DER L, E UND R CERPs (Minimum 75)


Bitte stellen Sie sicher, das Sie die Punkte 7., 8., 9. und 12. ausgefüllt haben, egal, ob Sie mit Examen oder mit CERPs rezertifizieren.

**7. DERZEITIGE BERUFLICHE TÄTIGKEIT:** Kreuzen Sie ein Kästchen an, das am besten Ihre derzeitige Arbeitsweise beschreibt.

- Meine Arbeit als Laktationsberaterin wird bezahlt. Ich arbeite durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche (einschließlich Arbeit in privater Praxis)
- Meine Arbeit als Laktationsberaterin wird derzeit nicht bezahlt.
- Ich nutze meine Kenntnisse im Rahmen meiner beruflichen Arbeit (z.B. als Hebamme).
- Ich verwende meine Kenntnisse in ehrenamtlicher Funktion.

Ist Ihre derzeitige Arbeit als Laktationsberaterin abhängig von Ihrer IBCLC Zertifikation?  
Zutreffendes bitte ankreuzen:  Ja  Nein

**8. DERZEITIGER HAUPTORT DER BESCHÄFTIGUNG:** Kreuzen Sie bitte nur EIN Kästchen an, das am ehesten zutrifft:

- 1 Geburtsklinik/Geburtshaus
- 2 Nur Wochenbett
- 3 Krankenhaus allgemein
- 4 Kinderabteilung
- 5 Neonatologie
- 6 ----bitte freilassen-----
- 7 ----bitte freilassen-----
- 8 Mutterberatung
- 9 Mobile Kinderschwester
- 10 Freipraxis Hebamme/Mütterstudio
- 11 Arztpraxis
- 12 Stillberatung - Freie Praxis
- 13 Selbsthilfegruppe für Stillen
- 14 Ausbildung Gesundheitspersonal
- 15 ----bitte freilassen-----
- 16 Anderes \_\_\_\_\_

**9. DERZEITIGER ARBEITSPLATZ:**

Name und Adresse Ihrer derzeitigen Arbeitsstelle inkl. Abteilung:

---



---



---

## 10. BIOGRAPHISCHE DATEN:

Kreuzen Sie bitte eines oder mehrere dieser Kästchen an, entsprechend Ihrer Ausbildung im Gesundheitswesen:

- 1 IBCLC
- 2 Höhere Ausbildung in der Pflege
- 3 Krankenschwester
- 4 Hebamme
- 5 Kinderkrankenschwester
- 6 Mutterberaterin
- 7 Kinderpflegerin, Arzthelferin
- 8 Diätassistentin, Logopädin, Physiotherapeutin
- 9 ÄrztIn
- 10 Stillgruppenleiterin
- 11 anderes: \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte EIN Kästchen an, das der höchsten Stufe Ihrer Ausbildung entspricht:

- 1 Doktorat in \_\_\_\_\_
- 2 Universitätsdiplom (Magisterium) in \_\_\_\_\_
- 3 Akademie für \_\_\_\_\_
- 4 Abitur/Matura
- 5 Abgeschlossene Berufsausbildung in \_\_\_\_\_
- 6 anderes: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen:  Weiblich  Männlich

## 11. BESONDERHEITEN:

### Bei Rezertifizierung durch Examen:

Weitere Informationen finden Sie im *Informationsheft*

- Ich bitte um besondere Berücksichtigung wegen eingeschränkter Fähigkeiten, Dokumentation anbei
- Ich werde eventuell spezielle Berücksichtigung am Examenstag benötigen, weil ich schwanger bin.  
Geburtstermin: \_\_\_\_\_
- Ich beantrage die Verwendung eines

Fremdsprachen-Wörterbuches und weiß, dass es vor Examenbeginn von der Chefproktorin überprüft wird.

Sonstiges:

## 12. ZU BEANTWORTENDE FRAGEN:

**Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie alle 5 Fragen. Machen Sie einen Kreis um die auf Sie zutreffenden Antworten.** Falls Sie auf eine der Fragen mit "Ja" antworten, geben Sie weitere Informationen dazu in den Zeilen darunter an. Falls mehr Informationen gebraucht werden, wird IBCLCE Sie vertraulich darum bitten. Das Nicht-Ausfüllen dieser Fragen verzögert die Bearbeitung Ihrer Bewerbung.

- (1) Sind Sie zurzeit oder waren Sie in den letzten zehn Jahren abhängig vom Gebrauch von Alkohol, Narkotika, Medikamenten, Drogen oder anderen Substanzen, der wenn unbehandelt, Ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Mitglied des Gesundheitspersonals und als Still- und Laktationsberaterin und den damit verbundenen Pflichten, wie in Punkt (3) angeführt, wesentlich behindert oder einschränkt?

Ja Nein

- (2) Leiden Sie zur Zeit an einer schweren oder chronischen Erkrankung, die, wenn unbehandelt, auf irgend eine Weise Ihre Pflichten - wie unter Punkt 3 beschrieben - als Mitglied des Gesundheitspersonals und als Still- und Laktationsberaterin zu arbeiten, wesentlich behindert oder beeinträchtigt?

Ja Nein

- (3) Wurden Sie je wegen eines Vergehens verurteilt (mit Ausnahme von kleineren Verkehrsdelikten) die aufgrund ihrer Natur einen speziellen Bezug zu Ihrer Tätigkeit hatten oder die eine besondere Wichtigkeit zur Beurteilung Ihrer Fähigkeiten und Ihrer Vertrauenswürdigkeit darstellen, die wesentlichen Pflichten von Mitgliedern des Gesundheitspersonals und von Still- und LaktationsberaterInnen zu erfüllen. Dies inkludiert die folgenden Pflichten: (1) die Vertraulichkeit von Klienten/Patienten zu wahren, (2) mit der nötigen Sorgfaltspflicht zu arbeiten, (3) die Pflicht, professionell zu arbeiten, (4) die Pflicht, die persönliche Integrität zu wahren; (5) die Pflicht, das Gesundheitssystem wahrheitsgetreu und umfassend über die Beratung zu informieren, (6) die Pflicht, die gesetzten beruflichen Standards für Still- und LaktationsberaterInnen IBCLCs zu erfüllen, (7) die Pflicht, unabhängige professionelle Entscheidungen zu treffen und Interessenskonflikte zu vermeiden, (8) die Pflicht, den von IBCLCE festgesetzten Disziplinarmaßnahmen Folge zu leisten, sowie (9) die Pflicht, dass Stillen zu fördern, zu schützen und zu unterstützen.

Ja Nein

- (4) Wurden Sie je im Zuge eines Disziplinarverfahrens verurteilt, in deren Folge Strafmaßnahmen verhängt wurden, einschließlich der Aberkennung von geschäftlicher oder beruflicher Zulassung, die in Bezug auf Ihr Verhalten, Ihre Anweisungen/Rat, der Ausführung oder Nicht-Ausführung ihrer Tätigkeit als Mitglied des Gesundheitspersonals oder als Still- und Laktationsberaterin standen oder im Zusammenhang mit anderen Handlungen im Gesundheitsbereich standen einschließlich Disziplinarverfahren am Arbeitsplatz, vor einer Verwaltung, Berufsorganisation, Peer-Gutachtergruppe, einem Standesgericht, Richter, Geschworenengericht, Mediator, Schiedsgericht oder sonstigem Gericht oder sind Sie Beschuldigte in einem derzeit laufenden Verfahren?

Ja Nein

- (5) Sind Sie derzeit Beschuldigte in einem Disziplinarverfahren, in deren Folge Strafmaßnahmen verhängt werden könnten, einschließlich der Aberkennung von geschäftlicher oder beruflicher Zulassung, die in Bezug auf Ihr Verhalten, Ihre Anweisungen/Rat, der Ausführung oder Nicht-Ausführung ihrer Tätigkeit als Mitglied des Gesundheitspersonals oder als Still- und Laktationsberaterin standen oder im Zusammenhang mit anderen Handlungen im Gesundheitsbereich standen einschließlich Disziplinarverfahren am Arbeitsplatz, vor einer Verwaltung, Berufsorganisation, Peer-Gutachtergruppe, einem Standesgericht, Richter, Geschworenengericht, Mediator, Schiedsgericht oder sonstigem Gericht oder sind Sie Beschuldigte in einem derzeit laufenden Verfahren?

Ja Nein

**Bitte geben Sie hier weitere Informationen, wenn Sie auf eine oder mehrere der Fragen mit „JA“ geantwortet haben.**

---

---

---

---

## ZU UNTERSCHREIBENDE ERKLÄRUNG:

**Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch, unterschreiben Sie und geben Sie das Datum an.** Bei Streitpunkten, die sich aus dieser Erklärung ergeben, gilt als Gerichtsstand Fairfax County, Virginia, USA. Eine fehlende Unterschrift verzögert die Bearbeitung Ihrer Bewerbung.

**Ich bewerbe** mich um die Rezertifizierung durch Examen/durch CERPs. Bei Rezertifizierung durch Examen verstehe ich, dass das Examen nur am letzten Montag im Juli des von mir angegebenen Jahres und nur im Multiple-Choice-Format abgehalten wird. Für die Rezertifizierung mit CERPs gilt als letzte Einsendefrist der 31. Oktober 2011.

**Ich bestätige**, dass die hier angegebenen Informationen sowie die beigefügten Informationsmaterialien korrekt und vollständig sind.

**Ich bin mir der Tatsache bewusst**, dass die Angaben in meiner Bewerbung Gegenstand einer genaueren Überprüfung (Audit) werden können. In diesem Fall bin ich verpflichtet zu beweisen, dass ich die Voraussetzungen für die Rezertifizierung mit Examen/mit CERPs erfülle. Ich verstehe auch, dass ich nicht zum Examen zugelassen werde/nicht mit CERPs rezertifizieren kann, wenn ich nicht ausreichende Dokumentation beifüge, dass ich die Voraussetzungen erfülle.

**Ich erkläre mich einverstanden** mit den IBLCE Rezertifikationsgebühren, den Bewerbungsfristen, den geltenden Bedingungen für die Rezertifizierung, den Rücktrittsbedingungen und Einspruchsrechten, wie sie *im Informationsheft für Examenkandidatinnen* und in den *Informationen zur Rezertifizierung mit CERPs* angegeben sind. Ich verstehe, dass im Falle des Nicht-Einhaltens der Bedingungen ich mit Konsequenzen rechnen muss, einschließlich der Nicht-Aufnahme zum Examen/Nicht-Rezertifizierung mit CERPs.

**Ich erkläre mich einverstanden**, dass nach dem Bestehen des Examens mein Name weiterhin Teil der aktuellen IBCLC-Registry ist, und dass sich IBLCE das Recht vorbehält, Auskunft über den Zertifizierungsstatus von Personen im Interesse der Öffentlichkeit zu erteilen.

**Ich erkläre mich einverstanden**, die Standards für International Board Certified Lactation Consultants (IBCLC) einzuhalten, indem ich mich verpflichte, den *IBLCE-Kodex der Ethik für IBCLCs*, den *IBLCE Scope of Practice for IBCLCs*, die *Clinical Competencies for IBCLC Practice* und die *IBLCE Documentation Guidelines* einzuhalten. Weiters verstehe ich, dass nur IBLCE das Recht besitzt, diese angeführten Publikationen zu interpretieren und zur Anwendung zu bringen.

**Ich erkläre mich einverstanden**, dass ich den *IBLCE Disziplinar-Prozeduren* unterworfen bin im Falle von Übertretungen des *IBLCE Kodex der Ethik für IBCLCs*, des *IBLCE Scope of Practice for IBCLCs*, der *Clinical Competencies for IBCLC Practice* und/oder der *IBLCE Documentation Guidelines*. Sollte eine Ethik-Beschwerde gegen mich eingebracht werden, bin ich verpflichtet, am Disziplinarprozess teilzunehmen und zu kooperieren. (Publikationen sind verfügbar auf [www.iblce.org](http://www.iblce.org))

**Ich verzichte bewusst und freiwillig** darauf, mir möglicherweise zustehende Rechte einzufordern, spezifische Informationen über den Inhalt oder die Formulierung der einzelnen Examensfragen sowie Darstellung und Inhalt der einzelnen Abbildungen, die Teil der IBLCE Examens-Datenbank sind, zu erhalten. Ich verstehe, dass IBLCE diese Informationen vertraulich behandeln muss und nicht freigeben kann, um die Integrität des Examensprozesses zu erhalten.

**Ich bin damit einverstanden**, dass IBLCE nach Evaluation dieser Bewerbung und den Begleitmaterialien zusätzliche Informationen einholen kann, wenn es IBLCE angebracht erscheint, um die von mir gegebenen Informationen zu verifizieren. Ich weiß, dass ich aufgrund von unmoralischem, unprofessionellem, unehrlichem Verhalten, oder Verhalten, das im Widerspruch zur Befähigung als Still- und Laktationsberaterin IBCLC zu arbeiten, steht, disqualifiziert werden kann.

**Ich verstehe**, dass für IBLCE die geistig-seelische Gesundheit eine Voraussetzung für die Zulassung zum Examen/Rezertifizierung mit CERPs ist. Das umfasst den derzeitigen Ausschluss einer unbehandelten, unkontrollierten, psychischen Erkrankung, die die Fähigkeiten der Bewerberin als Laktationsberaterin IBCLC kompetent und professionell zu arbeiten, behindert oder einschränkt sowie die Unwahrscheinlichkeit, dass eine eventuelle frühere psychische Erkrankung wieder auftritt.

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass IBLCE mit mir vorwiegend per e-mail kommuniziert. Ich verstehe, dass IBLCE den Datenschutz von Personen respektiert und gemäß Datenschutz-Bestimmungen, die den höchsten Standards entsprechen beim Sammeln, Besitzen und der Verwendung von persönlichen Informationen vorgeht. (Siehe Privacy Policy: [www.iblce.org](http://www.iblce.org))

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_