

# Antrag für die Zertifizierung „Kniechirurg“ / „Kniechirurgin“

Akad. Grad:

.....

Name:

Vorname:

.....

.....

Geburtsdatum:

.....

## Anschrift (dienstlich)

## Anschrift (privat)

Klinik/Praxis

.....

Abteilung

.....

Straße/Hausnr.

.....

PLZ/Ort

.....

Land

.....

Telefon

.....

E-Mail

.....

Mitglied:

Ja

Nein

.....

Facharztanerkennung für:

Datum:

.....

.....

Zusatzqualifikation für:

Datum:

.....

.....

**Absolvierte Kurse des Kurrikulums:**

- Modul 1 am ..... in .....
- Modul 2 am ..... in .....
- Modul 3 am ..... in .....
- Modul 4 am ..... in .....
- Modul 5 am ..... in .....
- Modul 6 am ..... in .....

Teilnahme am DKG Jahreskongress im Jahr: .....

Ich bin damit einverstanden als Zertifizierter Kniechirurg auf der Homepage der DKG genannt zu werden.  Ja  Nein

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt, die erforderlichen Unterlagen liegen dem Antrag bei.

**Die Zertifizierung erfolgt für 5 Jahre und bedarf anschließend einer Re-Zertifizierung.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

**Gebühren:**

Sollten Sie kein Mitglied der DKG sein entsteht eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 400€.