

Antrag für die Zertifizierung „Funktionelle Knietherapie“

Akad. Grad:
Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Anschrift (dienstlich)

Anschrift (privat)

Klinik/Praxis	.....	.....
Abteilung	.....	.....
Straße/Hausnr.	.....	.....
PLZ/Ort	.....	.....
Land	.....	.....
Telefon	.....	.....
E-Mail	.....	.....

Mitglied der DKG seit:

Datum der Examinierung zum Physiotherapeut/-in:

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 funktioneller
Knietherapeut:in 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€.