

Antrag für die Zertifizierung „Offizielles Rehabilitationszentrum“

Antragsteller

Akad. Grad:
Name: Vorname:
Position:

Zertifizierter Kniechirurg/in oder Knietherapeut/-in der DKG:

Zu zertifizierende Klinik/Praxis

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

Folgende Nachweise liegen dem Antrag bei:

Nachweis der jährlichen Mindestanzahl an Rehabilitationsmaßnahmen

Nachweis der Personellenvoraussetzung

Nachweis der räumlichen Ausstattung

Teilnahmebescheinigung an DKG-Jahreskongressen

Die Zertifizierung zum Offiziellen Rehabilitationszentrum durch die DKG gilt für 5 Jahre und muss dann durch Nachweis der Aktivitäten in der Knietherapie reevaluiert werden.

Die Auszeichnung ist Institutions gebunden in Assoziation mit dem Antragsteller. Bei Verlust der Zertifizierung zum Kniechirurgen/-in bzw. Knietherapeuten/-in oder einem Klinik- bzw. Praxiswechsel erlischt die Bezeichnung für die hier beantragte Institution. Für eine andere Einrichtung bedarf es einer neuen Beantragung.

Ich bzw. die Klinik/Praxis ist damit einverstanden, dass die zertifizierte Institution in der Liste der Offiziellen Kniezentren auf der Homepage der DKG erscheint.

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Leiter des Rehabilitationszentrums