

## Antrag für die Zertifizierung „Offizielles Rehabilitationszentrum“

### Antragsteller

Akad. Grad: .....

Vorname: .....

Name: .....

Position: .....

Zertifizierter Kniechirurg/in oder Kniestherapeut/-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 den Webseiten der DKG erscheint.

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Leiter des Rehabilitationszentrums