

Antrag für die Zertifizierung „Skills Zertifikat Junges Knie“



Anrede: Akad. Grad:
Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Anschrift (dienstlich)

Anschrift (privat)

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

Mitglied: Ja Nein
StudentIn: Ja Nein
Assistenzarzt/-ärztin Ja Nein

Absolvierte Kurse des Kurrikulums:

Datum:

- | | | | |
|--------------------------|-----------------|----|-------|
| <input type="checkbox"/> | Sportorthopädie | in | |
| <input type="checkbox"/> | Deformitäten | in | |
| <input type="checkbox"/> | Endoprothetik | in | |
| <input type="checkbox"/> | Trauma | in | |
| <input type="checkbox"/> | Kons. Therapie | in | |
| <input type="checkbox"/> | Rehabilitation | in | |

Vortrag am DKG Jahreskongress im Jahr:

Publikation im Knie Journal in Ausgabe:

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

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Gebühren:

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