

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

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

## Anschrift (dienstlich)

## Anschrift (privat)

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

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:in auf den Webseiten der DKG zur Expertensuche 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€.