Dr. med. Max Mustermann

Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Mail)

Datum

**Selbstauskunft (Fortbildungsseminare der DGH – Anforderung Punkt 3)**

Hiermit erkläre ich im Rahmen dieser Selbstauskunft, dass ich an mindestens sechs Fortbildungsseminaren der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie teilgenommen habe. Ich versichere nach bestem Wissen die Korrektheit meiner Angaben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Bezeichnung und Ort des Fortbildungsseminars der DGH | Thema |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Unterschrift

Dr. med. Max Mustermann

Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Mail)

Datum

**Selbstauskunft (praktische Kurse – Anforderung Punkt 7)**

Hiermit erkläre ich im Rahmen dieser Selbstauskunft, dass ich an mindestens zwei praktischen Kursen mit hand- und mikrochirurgischem Inhalt von insgesamt mehr als 24 Stunden Dauer exkl. Pausen teilgenommen habe. Ich bitte um Anerkennung durch die Zertifizierungskommission der DGH. Ich versichere nach bestem Wissen die Korrektheit meiner Angaben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Themengebiet: „Knochen und Gelenke“ | | | |
| Datum | Dauer (in h) | Kurstitel, Ort | Thema |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Themengebiet: „Mikrochirurgie und Weichteile“ | | | |
| Datum | Dauer (in h) | Kurstitel, Ort | Thema |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Unterschrift

Dr. med. Max Mustermann

Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Mail)

Datum

**Bestätigung (Hospitation – Anforderung Punkt 8)**

Hiermit bestätige ich, Anrede Titel Vorname Name (Antragsteller) in der Zeit vom Datum bis Datum in meiner handchirurgischen Praxis vollzeitlich hospitiert hat (insgesamt > 24 Stunden).

Unterschrift