

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie e.V.  
Geschäftsstelle  
St. Josef-Stift  
Westtor 7  
48324 Sendenhorst

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich erfülle alle Voraussetzungen für die Zulassung zur Abschlussprüfung und möchte hiermit einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung zum Handtherapeuten DAH stellen.

Die von mir erfüllten und zweifelsfrei nachweisbaren Voraussetzungen sind im Einzelnen

- Abschluss als staatlich anerkannte/r Ergotherapeut//in oder Physiotherapeut/in
- Mindestens vier Jahre allgemeine Berufserfahrung als Ergotherapeut/in oder Physiotherapeut/in
- Mindestens zwei Jahre handspezifische Berufserfahrung
- Absolvierung aller zwölf Module der Weiterbildung Handtherapeut/-in DAH, ggf. unter Inanspruchnahme der auf der Website der DAH aufgeführten Äquivalenzregelungen

Kopien der Nachweise sind von mir wie folgt diesem Schreiben in der Reihenfolge beigelegt, gelocht und mit einer Heftklammer zusammengeheftet (nicht in Mappen, nicht in Folien), um die Bearbeitung schneller und die Archivierung einfacher zu ermöglichen:

1. Formular des Prüfungsantrags
2. Kopie der Berufsurkunde mit staatlichen Anerkennung, ggf. Hochschulzeugnis
3. Bestätigungsformular über die allgemeine Berufserfahrung
4. Bestätigungsformular über die spezifischen Berufserfahrung inkl. Nachweise
5. Nachweis aller absolvierten Module in der üblichen Reihenfolge. Bitte nur Kopien der Teilnahmebescheinigungen einreichen. Bitte oben rechts gut sichtbar das jeweiligen Modulkürzel vermerken

Ihrer Bitte, die vollständige Sammlung dieser Dokumente in zweifacher Ausfertigung an Sie einzureichen, komme ich nach. Mir ist bekannt, dass mein Antrag bei Unvollständigkeit unbearbeitet an mich zurück gesendet wird.

Ich bitte um Überprüfung meines Antrags und Bestätigung des Zugangs zur Abschlussprüfung.

Mit freundlichen Grüßen

---

*Ort/Datum*

*Unterschrift des Antragsstellers*

**Informationen zur Person** bitte Privatadresse und Geschäftsadresse angeben

Herr  Frau \_\_\_\_\_  
ggf. DAH-Mitgliedsnr.

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Mobil

### Geschäftsadresse

\_\_\_\_\_  
Praxis/Klinik

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Berufliche Qualifikation

Ausübter Beruf

Akademischer Grad

Berufserfahrung als Therapeut (in Jahren)

Ergotherapeut/-in

BSc.

Physiotherapeut/-in

MSc.

handspezifische Berufserfahrung (in Jahren)

PhD.

kein