

folgende(r) Teilnehmer/-in

Anrede, Name, Vorname

Geburtsdatum

hat erfolgreich an der Veranstaltung teilgenommen

Titel

Ort.

Datum

Angaben zu den Qualitätskriterien Betreffendes bitte ankreuzen

Die Veranstaltung war integraler Bestandteil

- einer Hochschul- oder Fachhochschulausbildung (min. Bachelor). Der/die Teilnehmer/-in hat die gesamte Ausbildung erfolgreich abgeschlossen (Hochschulzeugnis anfügen)
- oder einer OMT- Weiterbildung nach internationalem Standard
- Die Unterrichtsdauer entsprach mindestens 15 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten.
- Lerninhalte: Grundlagen des Qualitätsmanagement; QM-Modelle; Prozessmanagement; Produkthaftung
- Die Qualifikation des Referenten entsprach den folgenden Vorgaben
 - Personalzertifizierter Qualitätsauditor mit Zulassung für den Bereich Gesundheitswesen (Scope 38) oder vergleichbar
 - Physio- oder Ergotherapeut mit akademischem Abschluss (mind. MSc.) und Erfahrung in evidenzbasierter Praxis und Forschungsmethodik

Referenten/-in

Name, Vorname

Titel

Bestätigung des Veranstalters

Der unterzeichnende Veranstalter bestätigt die Teilnahme der oben genannten Person an der genannten Veranstaltung sowie die Einhaltung der von der DAHTH geforderten Qualitätskriterien

Name des Fortbildungsveranstalters

Straße und Hausnr.

PLZ/Ort

Ort/Datum

Unterschrift, Stempel des Fortbildungsveranstalters