

folgende(r) Teilnehmer/-in

Anrede, Name, Vorname

Geburtsdatum

hat bei folgender OP hospitiert

Bezeichnung

weitere Angaben

Dauer

Datum

Rahmenbedingungen

Ort/Räumlichkeiten

- Klinik
 OP-Zentrum
 niedergelassene Praxis



Anwesenheit im OP-Saal war gegeben

Name der Einrichtung

Straße und Hausnr.

PLZ/Ort

Operateur

Name, Vorname

Qualifikation

Mir ist bekannt, dass diese OP- Teilnahme im Rahmen der Zusatzqualifikation Handtherapeut DAHTH für Ergo- und Physiotherapeuten benötigt wird und anerkannt ist.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der oben genannte Teilnehmer an der beschriebenen Operation teilgenommen hat.

Ort/Datum

Unterschrift, Stempel