

C3 - Manuelle Therapie

Qualifikationsbestätigung

	e, Name, Vorname	Geburtsdatum
nerl	kennung von andernorts geleisteter (Qualifikation
	Physiotherapeut/in mit Zertifikat Manuelle Thera	apie
	Manualtherapeut/in Obere Extremität® des DEFZ	Z
Nachweis früherer Kurse mit Schwerpunkt Manuelle Therapie der Hand und oberer Extremität ba anerkannten Konzepten Maitland, Kaltenborn- Evjent oder Cyriax mit		
	 mind. 60 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten Referentenqualifikation: Physiotherapeut mit 	OMT 2 Qualifikation und Unterrichtsberechtigung
⁷ erar	nstaltung	
itel		
rt		Datum
nterr	ichtseinheiten	
eilber	eich (optional)	
eitere	Angaben	
Refer	rent	
Name, Vorname		Qualifikation