

Dieses Dokument dient der Bestätigung der mind. 5-jährigen handspezifischen Berufserfahrung zur Äquivalenz des Moduls C4 im Rahmen der Weiterbildung Handtherapeut DAHTH.

**Dem/-r Therapeuten/-in**

\_\_\_\_\_  
*Anrede, Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

**wird folgendes bestätigt** Betreffendes bitte ankreuzen

Tätigkeit als Physiotherapeut/-in

Angestellte Tätigkeit

Tätigkeit als Ergotherapeut/-in

Selbstständige Tätigkeit

Tätigkeit in

Handchirurgischen Klinik

Rheumaorthopädischen Klinik

handtherapeutischen Schwerpunktpraxis DAHTH



\_\_\_\_\_  
*von* \_\_\_\_\_ *bis* \_\_\_\_\_ *Wochenstunden*

\_\_\_\_\_  
*entsprechende Beschäftigungsmonate (max. 60 nötig)*

**Die Berufserfahrung wird bestätigt von \***

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

\_\_\_\_\_  
*Name der Einrichtung*

\_\_\_\_\_  
*Straße und Hausnr.*

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

**beurteilende Person**

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Position*

\_\_\_\_\_  
*Ort/Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift, Stempel*

\* Falls die bestätigende Person mit der Person identisch ist, deren Tätigkeit bestätigt werden soll (z.B. als Praxisinhaber in eigener Praxis), so gilt dieses Dokument als Selbstauskunft. Die Angaben sind in jedem Fall wahrheitsgemäß zu treffen und zu belegen.