



**Dies wird bestätigt durch:**

---

*Name der Praxis / Einrichtung / Klinik*

---

*Straße, Hausnummer*

---

*Ausgefüllt von:*

---

*Ort / Datum*

---

*PLZ / Ort*

---

*Funktion / Position*

---

***Unterschrift und Stempel***

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

Geschäftsstelle der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie - DAHTH e.V.  
Westtor 7, 48324 Sendenhorst; Telefon: 02526-300-1618, Fax: 02526-300-4618; [www.dahth.de](http://www.dahth.de) Gerichtsstand Ahlen