

**Folgende(r) Teilnehmer:in**

.....  
*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 (mind. 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/der Referent:in entsprach den folgenden Vorgaben:
  - Personalzertierte/r Qualitätsauditor:in mit Zulassung für den Bereich Gesundheitswesen (Scope 38) oder vergleichbar
  - Physio- oder Ergotherapeut:in mit akademischem Abschluss (mind. MSc.) und Erfahrung in evidenzbasierter Praxis und Forschungsmethodik

**Referent: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 DAH TH geforderten Qualitätskriterien.

.....  
*Name des Fortbildungsveranstalters*

.....  
*Straße und Hausnummer*

.....  
*PLZ, Ort*

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift und Stempel des Fortbildungsveranstalters*