

**Folgende(r) Teilnehmer:in**

.....  
*Name, Vorname*

.....  
*Geburtsdatum*

**Hat bei folgender OP hospitiert**

.....  
*Bezeichnung*

.....  
*Dauer*

.....  
*Datum*

**Rahmenbedingungen**

Ort/Räumlichkeiten

- OP-Zentrum
- Niedergelassene Praxis
- Klinik

Anwesenheit im OP-Saal  
war gegeben

.....  
*Name der Einrichtung*

.....  
*Straße und Hausnummer*

.....  
*PLZ, Ort*

**Operateur:in**

.....  
*Name, Vorname*

.....  
*Qualifikation*

Mir ist bekannt, dass diese OP-Teilnahme im Rahmen der Zusatzqualifikation „Handtherapeut:in DAH TH für Ergo- und Physiotherapeuten“ benötigt wird und anerkannt ist.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel