

Dem/der Therapeut:in wird folgende Qualifikation anerkannt

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

Anerkennung von andernorts geleisteter Qualifikation

- Physiotherapeut:in mit Zertifikat „Manuelle Therapie“
- Manualtherapeut:in „Obere Extremität® des DEFZ“
- Nachweis früherer Kurse mit Schwerpunkt „Manuelle Therapie der Hand und oberer Extremität“ basierend auf den in Deutschland anerkannten Konzepten Maitland, Kaltenborn-Evjent oder Cyriax mit:
 - mind. 60 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten
 - Referentenqualifikation: Physiotherapeut:in mit OMT 2 Qualifikation und Unterrichtsberechtigung

Veranstaltung

.....
Titel

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterrichtseinheiten

.....
Teilbereich (optional)

.....
Weitere Angaben

Referent:in

.....
Name, Vorname

.....
Titel

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel