

Ausbildungsnachweis für Spezialisierungswerberinnen und Spezialisierungswerber Handchirurgie

Name: Vorname:

Facharzt für:

Besetzung der Spezialisierungsstelle: Von: Bis: Von: Bis:
 Von: Bis: Von: Bis:
 Von: Bis: Von: Bis:

Spezialisierungsstätte	Abteilung	Zeitraum Von Bis (in zeitlicher Abfolge)	Monate	Anmerkung
Gesamtausbildung				
Erfordernis				

Nachweis über 150 DFP-Punkte (s. Anlage 2 Pkt.7.) beigeschlossen: Ja nein

Dieser Abschnitt ist von der Kammer auszufüllen: * Zeugnis überprüft: * Nachweise DFP Punkte erbracht:

Anerkennung als Fachärztin / Facharzt mit Spezialisierung Handchirurgie mit Wirkung vom:

Ort /Datum

Unterschrift