

## Antrag Abschlusskolloquium für das Diplom des DZVhÄ

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Abschlusskolloquium für das Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte bei folgendem Landesverband:**

- |  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg               | <input type="checkbox"/> Bayern                     | <input type="checkbox"/> Berlin-   |
| <input type="checkbox"/> Hessen/Rheinland-Pfalz/Saarland | <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern     | Brandenburg                        |
| <input type="checkbox"/> Niedersachsen/Bremen            | <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen        | <input type="checkbox"/> Sachsen   |
| <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt                  | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein/Hamburg | <input type="checkbox"/> Thüringen |

**Ich bestätige, dass ich weder bei einem anderen Landesverband des DZVhÄ als dem oben markierten, noch bei einer anderen vom DZVhÄ oder seinen Landesverbänden autorisierten Stelle die Teilnahme am Abschlusskolloquium beantragt habe.**

Für Selbständige:

Meine Praxis/mein Institut ist bei folgender/n Ärztekammer/n gemeldet:

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> Bayern         | <input type="checkbox"/> Berlin             | <input type="checkbox"/> Brandenburg      |
| <input type="checkbox"/> Bremen            | <input type="checkbox"/> Hamburg        | <input type="checkbox"/> Hessen             | <input type="checkbox"/> Mecklenbg.-Vorp. |
| <input type="checkbox"/> Niedersachsen     | <input type="checkbox"/> Nordrhein      | <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz    | <input type="checkbox"/> Saarland         |
| <input type="checkbox"/> Sachsen           | <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt | <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein | <input type="checkbox"/> Thüringen        |
| <input type="checkbox"/> Westfalen-Lippe   |   |   |   |

**Ich bestätige, dass ich für die zehn bei der zuständigen Landesärztekammer (Zusatzbezeichnung) bzw. beim DZVhÄ (Diplom) eingereichten Fälle die Behandlung der Patienten und die Falldokumentationen selbst durchgeführt habe.**

Einen Antrag auf Teilnahme am Abschlusskolloquium für das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ stelle ich zum

- ersten Mal                       zweiten Mal                       dritten Mal oder öfters.



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Diesem Antrag in Kopie beigelegt sind:**

1.  Bescheinigungen über die Weiterbildungskurse A, B, C, D, E und F  
*und*
2. Bescheinigungen/Zeugnisse über
  - a)  \_\_\_\_ Monate Praxisassistenten bei einem/r für Homöopathie weiterbildungsbefugten Arzt/Ärztin *oder/und*
  - b)  Bescheinigung/Zeugnis über \_\_\_\_ Stunden Fallseminare und Supervision (Weiterbildungsmaßnahme)
- und*
3.  zehn selbständig behandelte Fälle entsprechend der gültigen Weiterbildungsrichtlinie der zuständigen Landesärztekammer bzw. des DZVhÄ

**Bestätigung durch den DZVhÄ**

Herr/Frau \_\_\_\_\_

hat am \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

das Abschlusskolloquium bestanden.

\_\_\_\_\_  
Name des Prüfers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Prüfers