

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 | <input type="checkbox"/> 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