

## Antrag für die Zertifizierung „Kniechirurg“

Akad. Grad: .....  
Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....

### **Anschrift (dienstlich)**

### **Anschrift (privat)**

Klinik/Praxis	.....	.....
Abteilung	.....	.....
Straße/Hausnr.	.....	.....
PLZ/Ort	.....	.....
Land	.....	.....
Telefon	.....	.....
E-Mail	.....	.....

Mitglied der DKG seit: .....  
Facharztanerkennung für: ..... Datum: .....  
Zusatzqualifikation für: ..... Datum: .....

**Absolvierte Kurse des Kurrikulums:**

- Modul 1 am ..... in .....
- Modul 2 am ..... in .....
- Modul 3 am ..... in .....
- Modul 4 am ..... in .....
- Modul 5 am ..... in .....
- Modul 6 am ..... in .....

Teilnahme am DKG Jahreskongress im Jahr: .....

Ich bin damit einverstanden als Zertifizierter Kniechirurg auf der .....  Ja  Nein  
Homepage der DKG genannt zu werden.

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt, die erforderlichen Unterlagen liegen dem Antrag bei. Bei Austritt aus der DKG erlischt die Bezeichnung Zertifizierter Kniechirurg.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift