

## Antrag für die Zertifizierung „Funktioneller Knietherapeut“

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

### **Anschrift (dienstlich)**

### **Anschrift (privat)**

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

Mitglied der DKG seit: .....

Datum der Examinierung zum Physiotherapeuten: .....

**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 funktioneller Knietherapeut auf der Homepage der DKG genannt zu werden.  Ja  Nein

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

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift