

# QUALITÄTSKONFERENZ DES BKHD

c/o Gabriele Hanewacker, Am Sportplatz 1, 85445 Schwaig

---

## Klinische Fortbildungen

Name:

Vorname:

Stempelnummer:

Pro Jahr sind 8 Unterrichtseinheiten (UE) á 45 Minuten erforderlich

(Bemessungszeitraum 2 Jahre = 16 UE)

Es sind die Fortbildungen für den Zeitraum 20..... – 20..... eingetragen. Die Teilnahmebescheinigungen sind als Kopie beigefügt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: .....

Unterschrift: .....

| Datum der Fortbildung | Referent / Ausbildungsstätte | Themen | Anzahl der UE |
|-----------------------|------------------------------|--------|---------------|
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |
|                       |                              |        |               |