

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

Übersicht über die funktionstherapeutische Behandlung von 100 Patienten

lfd. Nr.	Initialen	Geb.-Datum	funktionsbezogene Diagnose und funktionstherapeutische Leistungen, Behandlungszeitraum von... bis... (MM.JJJJ)	Bemerkungen
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				

**Antrag auf Prüfungszulassung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“**

91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				