

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

Lückenlose Dokumentationen der Diagnostik und funktionstherapeutischen Behandlung von zwanzig Patienten
(Die Dokumentation wird auf Anforderung durch den Prüfungsausschuss vorgelegt)

lfd. Nr.	Initialen	Geb.-Datum	funktionsbezogene Diagnose (MM.JJJJ)	funktionstherapeutische Vorbehandlung mit..., von ... bis ... (MM.JJJJ)	definitive Therapie Rekonstruktion / KFO von... - bis... (MM.JJJJ)	letzter dokumentierter Befund (MM.JJJJ)
1						
2						
3						
4						
5						

Nachname: _____

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

lfd. Nr.	Initialen	Geb.-Datum	funktionsbezogene Diagnose (MM.JJJJ)	funktionstherapeutische Vorbehandlung mit..., von ... bis ... (MM.JJJJ)	definitive Therapie Rekonstruktion / KFO von... - bis... (MM.JJJJ)	letzter dokumentierter Befund (MM.JJJJ)
6						
7						
8						
9						
10						

Nachname: _____

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

lfd. Nr.	Initialen	Geb.-Datum	funktionsbezogene Diagnose (MM.JJJJ)	funktionstherapeutische Vorbehandlung mit..., von ... bis ... (MM.JJJJ)	definitive Therapie Rekonstruktion / KFO von... - bis... (MM.JJJJ)	letzter dokumentierter Befund (MM.JJJJ)
11						
12						
13						
14						
15						

Nachname: _____

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

lfd. Nr.	Initialen	Geb.-Datum	funktionsbezogene Diagnose (MM.JJJJ)	funktionstherapeutische Vorbehandlung mit..., von ... bis ... (MM.JJJJ)	definitive Therapie Rekonstruktion / KFO von... - bis... (MM.JJJJ)	letzter dokumentierter Befund (MM.JJJJ)
16						
17						
18						
19						
20						