

ANMELDUNG ZUM PRÜFUNGSLEHRGANG

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Persönliche E-Mail-Adresse	Name und Ort des FPZ RÜCKENZENTRUMS, in dem ich therapeutische Leistungen erbringe	

Im Rahmen der Zusatzausbildung zum FPZ RÜCKENSCHMERZTHERAPEUTEN habe ich folgende Fortbildungsmaßnahmen absolviert:

- **Modul 1:** Das offizielle FPZ Handbuch (Selbststudium mit einem Zeitaufwand von ≥ 100 Stunden)
- **Modul 2:** 1-tägiger Ausbildungslehrgang „Gerätetechnik: Hard- und Software“
- **Modul 3:** 2-tägiger FPZ Ausbildungslehrgang „Moderne Rückenschmerztherapie“

Auf der Basis dieser Qualifizierungsmaßnahmen habe ich das ganzheitliche Konzept von FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN systematisch erlernt. Ich beherrsche dieses grundsolide und kann es patientengerecht anwenden.

Hiermit melde ich mich daher zu folgendem Prüfungslehrgang verbindlich an (Ort: Köln, Kosten: 299 EUR):

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 29.09.2011 | <input type="checkbox"/> 24.11.2011 | <input type="checkbox"/> 15.12.2011 |
| <input type="checkbox"/> 30.09.2011 | <input type="checkbox"/> 25.11.2011 | <input type="checkbox"/> 16.12.2011 |

Die Bestätigungen für meine Teilnahme an den Modulen 2 und 3 liegen dieser Anmeldung als Anlagen bei (in Kopieform).

Mir ist bekannt, dass ich im Rahmen des Prüfungslehrgangs eine sehr anspruchsvolle Prüfung zu absolvieren habe, die aus folgenden drei Teilen besteht:

1. Schriftliche oder praktische Prüfung
2. Mündliche Prüfung im Fachbereich „Schmerztherapie“
3. Mündliche Prüfung im Fachbereich „Biomechanik, Trainingswissenschaft, Pädagogik“

Bitte adressieren Sie Ihre Rechnung für meine Teilnahme am o. a. Prüfungslehrgang wie folgt:

Vorname, Name bzw. Name der medizinischen Einrichtung inkl. Rechtsform

Straße PLZ Ort

Folgende Besonderheiten möchte ich Ihnen noch mitteilen:

Ort Datum Unterschrift