**Teilnahmebestätigung**

**für die Hospitation**

|  |
| --- |
| **Thema der Hospitation** |
| Die Allgemeinmedizinische Praxis |

Der Fortbildungsanbieter bestätigt, dass

|  |  |
| --- | --- |
| **Herr / Frau** |  |
| **ÖÄK-Arztnummer** |  |
| **am / von bis** |  |

die oben genannte Hospitation absolviert hat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medizinische DFP-Punkte** | **30** | Hospitationen sind gem. § 13 (4) der DFP-VO mit **max. 10 medizinischen DFP-Punkten** pro Tag anrechenbar. 1 DFP-Punkt entspricht einer Fortbildungs-dauer von 45 Minuten (ohne Pausen). |

Medizinische DFP-Punkte sind in vollem Ausmaß für jede/n Ärztin/Arzt anrechenbar, unabhängig davon welches Sonderfach die Ärztin/der Arzt ausübt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztlicher Fortbildungsanbieter** |  |
| **Abteilung** | Ordination |
| **Adresse** |  |

…………………………………….. .………………………………………………...

Ort, Datum Unterschrift des Veranstalters