

Formblatt SSPT-1: Spezielle Schmerzpsychotherapie – 1. Aufstellung zur Theoretischen Weiterbildung

Blatt - Nr. _____

Auf dem Formblatt SSPT-1 bitte nur solche theoretischen Weiterbildungen / Fortbildungen eintragen, die der Vermittlung von Kenntnissen der Speziellen Schmerzpsychotherapie gedient haben. Bitte legen Sie als Nachweis jeweils eine Kopie der entsprechenden Teilnahmebescheinigung oder ein anderes Dokument bei, welches die theoretische Weiterbildung bescheinigt. **Bitte die grauen Spalten nicht ausfüllen!**

Name Antragsteller/in: _____ Mitglieds-Nr. _____

(1) Nummer	(2) Datum (Tag bzw. von – bis)	(3) Thema / Titel	(4) Veranstalter	(5) Inhalt	(6) Stunden (je 45 Min.)	A	P
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Krankheitsbilder <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Interventionen <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	

Ich versichere die Korrektheit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Antragsteller/in: _____