

Formblatt SSPT-3: Spezielle Schmerzpsychotherapie – 3. Hospitation

Blatt - Nr. _____

Auf dem Formblatt SSPT-3 bitte nur Hospitationen in schmerztherapeutischen Einrichtungen auflisten. Erforderlich sind mindestens **40 Stunden** Hospitation, die möglichst an 5 Tagen einer Arbeitswoche in einer auf schmerztherapeutische Behandlung spezialisierten Einrichtung stattgefunden hat. Hier ist das gesamte Behandlungskonzept in Theorie und täglicher Praxis kennenzulernen. Bitte legen Sie als Nachweis jeweils eine Kopie der entsprechenden Bescheinigung bei, welche die geltend gemachte Hospitation bescheinigt. **Bitte die grauen Spalten nicht ausfüllen!**

Name Antragsteller/in: _____ Mitglieds-Nr. _____

(1) Nummer	(2) Datum / von - bis	(3) Einrichtung	(6) Setting	(7) Stunden (jeweils 45 Min.)	A	P
			<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerz-Rehaklinik <input type="checkbox"/> ambulante Praxis <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerz-Rehaklinik <input type="checkbox"/> ambulante Praxis <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerz-Rehaklinik <input type="checkbox"/> ambulante Praxis <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerz-Rehaklinik <input type="checkbox"/> ambulante Praxis <input type="checkbox"/> sonstiges		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> Schmerzambulanz <input type="checkbox"/> Schmerz-Rehaklinik <input type="checkbox"/> ambulante Praxis <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: _____