

## Ausbildungsnachweis für Physiotherapeuten

**Herr/Frau** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Tel/Fax** \_\_\_\_\_

**Fachrichtung** \_\_\_\_\_

Kurs	Ort	Datum	Dozent/Unterschrift
<b>FMD E</b> 16 UE			
<b>FMD MU/MM 1</b> 24 UE			
<b>FMD GS</b> 20 UE			
<b>FMD AMT 1</b> 16 UE			
<b>FMD CMD</b> 20 UE			
<b>FMD MM 2</b> 20 UE			
<b>FMD MM 3</b> 20 UE			
<b>FMD MM 4</b> 20 UE			
<b>FMD MM 5</b> 16 UE			
<b>Wahlkurs</b> 16 UE			
<b>Prüfung</b>			

1 UE = 45 Minuten