

Ausbildungsnachweis für Ärzte

Herr/Frau _____

Adresse _____

Tel/Fax _____

Fachrichtung _____

Kurs	Ort	Datum	Dozent/Unterschrift
FMD E 16 UE			
FMD MU/MM 1 24 UE			
FMD GS 20 UE			
FMD OM 16 UE			
FMD CMD 20 UE			
FMD MM 2 20 UE			
FMD MT 1 16 UE			
FMD DSS 20 UE			
FMD GE 16 UE			
FMD HR 16 UE			
FMD Hospitationskurs 20 UE			
FMD Hospitation (Praxis) 4 Tage zu je 5 Std.			
Wahlkurs 16 UE			
Prüfung			