

**Anmeldeformular Spezialisten-/Spezialistinnenprüfung**

Hiermit melde ich mich zur Spezialistenprüfung/Spezialistinnenprüfung für die Ernennung zum qualifiziert fortgebildeten Spezialisten für Prothetik der DGPro an.

Name, Titel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift,privat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift, dienstlich:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer, unter der Sie am Tag der Prüfung erreichbar sind:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bestätige, dass ich alle Voraussetzungen für die Teilnahme an der Spezialistenprüfung entsprechend der Richtlinien für die Ernennung zum/zur qualifiziert fortgebildeten Spezialisten/in für Prothetik der DGPro erfülle und die geforderten Unterlagen vollständig hochlade. Dafür werde ich einen Cloud-Zugang erhalten. Geltende Abgabefristen sind mir bekannt. Den Prüfungsvorsitzenden informiere ich per Mail, sobald alle Unterlagen vollständig hochgeladen wurden.

Für die dokumentierten Patientenfälle liegen mir die schriftlichen Einverständniserklärungen der Patienten/innen vor (siehe hierzu auch §2c der Richtlinien für die Ernennung zum/zur qualifiziert fortgebildeten Spezialisten/in für Prothetik der DGPro).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

Bitte versenden Sie dieses Formular postalisch und per Mail an folgende Adressen:

2.

Mail: [Eisenburger.Michael@mh-hannover.de](mailto:Eisenburger.Michael@mh-hannover.de)

Bitte geben Sie in der Betreffzeile unbedingt an:

Anmeldung Spezialistenprüfung *Vorname Nachname*

1.

Prof. Dr. Michael Eisenburger PhD

Medizinische Hochschule Hannover

Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Biomedizinische Werkstoffkunde

Carl-Neuberg-Straße 1

30625  Hannover