



Antrag auf Zulassung zur Fortbildung **MEIN BLUTDRUCK – OK!**

1 Antragsteller/in

Anrede	Akademischer Titel
Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Berufsausbildung
Straße und Hausnummer	
PLZ	Ort
Telefon	E-Mail

Dienstadresse

Praxis/Klinik

Abteilung

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Telefax

Rechnungsadresse

Praxis/Klinik (wenn vorhanden)

Anrede Akademischer Titel

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ Ort



2 Nachweis über die Qualifikation für Ärztinnen/Ärzte

Ich bin nach der Weiterbildungsverordnung einer deutschen Landesärztekammer Facharzt mit einem kardio-
vaskulären Schwerpunkt (Innere Medizin – Kardiologie, Angiologie, Nephrologie, Diabetologie; Neurologie).

Bitte Kopie der Facharzturkunde beifügen!

Ich bin aufgrund vergleichbarer Qualifikationen für die Fortbildung geeignet.

Bitte Begründung/Dokumente über die besondere Eignung beifügen!

Nachweis über die Qualifikation für nicht-ärztliches medizinisches Fachpersonal

Ich habe die Prüfung zum/zur MFA bzw. zum/zur Arzthelfer/-in bestanden.

Bitte Kopie des Prüfungszeugnisses zum/zur MFA/Arzthelfer/-in beifügen!

Ich habe eine gleichwertige Ausbildung wie die zum/zur MFA/Arzthelfer/-in absolviert und kann eine
mindestens zweijährige berufliche Tätigkeit nachweisen.

Bitte Kopie des Abschlusszeugnisses und einen zweijährigen Tätigkeitsnachweis beifügen!

Ich habe einen anderen Berufsabschluss und kann eine mindestens fünfjährige, dem Berufsbild des/der MFA/
Arzthelfer/-in entsprechende Tätigkeit nachweisen.

Bitte Kopie des Abschlusszeugnisses und einen fünfjährigen Tätigkeitsnachweis beifügen!

3 Schlussbestimmungen

Ich verpflichte mich zur Beachtung der Satzung der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutschen Gesellschaft für
Hypertonie und Prävention und aller damit verbundenen Durchführungsbestimmungen.

Ort, Datum

Unterschrift