Anmeldung zur Prüfung zum „Zertifizierte Handtherapie der AFH“

Akademie für Handrehabilitation

Schloßplatz 1

31812 Bad Pyrmont

Mit diesem Formular möchte ich mich zu den folgenden Prüfungsterminen anmelden:

Jahrgang	Termine für HT17-Prüfung Hand I: "Vorbereitung -> Intensivcoaching" (bitte jeweils einen Termin für HT17 und HT18 auswählen)	Termine für HT18-Prüfung Hand II: "Abschlussprüfung" (bitte jeweils einen Termin für HT17 und HT18 auswählen)
2025 2026	☐ 29.10. - 30.10.2025 ☐ 01.11. - 02.11.2025 ☐ 05.11. - 06.11.2025 ☐ 08.11. - 09.11.2025 ☐ 15.11. - 16.11.2025 (Online)	☐ 13.12. - 14.12.2025 ☐ 10.01. - 11.01.2026 ☐ 17.01. - 18.01.2026 ☐ 31.01. - 01.02.2026 ☐ 07.02. - 08.02.2026 ☐ 21.02. - 22.02.2026
2026 2027	☐ 31.10.-01.11.2026 ☐ 04.11.-05.11.2026 ☐ 07.11.-08.11.2026 ☐ 11.11.-12.11.2026 ☐ 14.11.-15.11.2026	☐ 19.12.-20.12.2026 ☐ 09.01.-10.01.2027 ☐ 16.01.-17.01.2027 ☐ 30.01.-31.01.2027 ☐ 06.02.-07.02.2027 ☐ 13.02.-14.02.2027
2027 2028	☐ 30.10.-31.10.2027 ☐ 03.11.-04.11.2027 ☐ 06.11.-07.11.2027 ☐ 10.11.-11.11.2027 ☐ 13.11.-14.11.2027	☐ 18.12.-19.12.2027 ☐ 08.01.-09.01.2028 ☐ 15.01.-16.01.2028 ☐ 29.01.-30.01.2028 ☐ 05.02.-06.02.2028 ☐ 12.02.-13.02.2028
2028 2029	☐ 28.10.-29.10.2028 ☐ 01.11.-02.11.2028 ☐ 04.11.-05.11.2028 ☐ 08.11.-09.11.2028 ☐ 11.11.-12.11.2028	☐ 16.12.-17.12.2028 ☐ 06.01.-07.01.2029 ☐ 13.01.-14.01.2029 ☐ 27.01.-28.01.2029 ☐ 03.02.-04.02.2029 ☐ 17.02.-18.02.2029 ☐ 14.07.-15.07.2029

Bitte wenden

Die von mir bis zur Prüfungsablegung erfüllten und zweifelsfrei nachweisbaren Voraussetzungen sind im Einzelnen:

- Abschluss als staatlich anerkannte/r Ergotherapeut//in oder Physiotherapeut/in
- Absolvierung aller 17 Module der Bausteinreihe zum „Zertifizierten Handtherapeuten der AFH“, ggf. unter Anerkennung von Kurs-für-Kurs-Anerkennungen. (Nachweis/e erforderlich)

Die Kopien der erforderlichen Nachweise

☐ Sind diesem Schreiben beigelegt
☐ Werden in digitaler Form per E-Mail übersendet (E-Mail: info@Fortbildung-AFH.de)
☐ Werden frühzeitig vor Prüfungsablegung nachgereicht.

Meine Daten:

Persönliche Daten			
Anrede	☐ Frau ☐ Herr	**Titel**	
Name		**Vorname**	
E-Mail		**Telefon**	

Kontaktdaten			
Straße			
PLZ		**Ort**	

Abweichende Rechnungsadresse			
Praxis / Klinik			
Straße			
PLZ		**Ort**	
E-Mail		**Telefon:**	

Für die folgenden anfallenden Gebühren bitte ich um Übersendung einer Rechnung an die oben angegebene Adresse, bzw. an die abweichende Rechnungsadresse:

- HT17-Prüfung Hand I: "Vorbereitung -> Intensivcoaching": 400,00 € (inkl. Unterlagen)
- HT18-Prüfung Hand II: "Abschlussprüfung": 400,00 € (inkl. Unterlagen)

Das Fälligkeitsdatum der Rechnung ist 4 Wochen vor Beginn des Moduls HT17.

Über die Zulassung zur Prüfung entscheidet die Akademie für Handrehabilitation.
Nicht zugelassene Prüfungsbewerber werden unverzüglich über die Entscheidung, mit Angaben der Ablehnungsgründe, unterrichtet. Ein rechtlicher Anspruch auf eine Prüfungszulassung besteht nicht.

Ich bitte um Überprüfung und Bestätigung des Zugangs zur Abschlussprüfung.

Datum		**Unterschrift**	

Bitte mit digitaler Signatur oder Unterschrift