AKADEMIE
FÜR HANDREHABILITATION

SELBSTAUSKUNFT ÜBER BERUFSERFAHRUNG

Hiermit bestätige ich,

Name		**Vorname**	
Geburtsdatum		**Datum der Prüfungsablegung**	

dass ich zum Zeitpunkt der Prüfungsablegung über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der Behandlung von Handpatienten verfüge.

Ich bestätige, dass ich diese Erfahrung im folgenden Zeitraum gesammelt habe:

vom		**bis**	

Schwerpunkte meiner Behandlungstätigkeit / behandelte Krankheitsbilder (stichpunktartig):

Während meiner beruflichen Praxis konnte ich die in den Kursen erworbenen Techniken gezielt anwenden und meine Kompetenzen im Umgang mit Handpatienten kontinuierlich erweitern und vertiefen.

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und auf meinen tatsächlichen beruflichen Erfahrungen basieren.

Ort, Datum	**Unterschrift**