

VERANSTALTER: Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

# TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Herr **Dr. med. Henri Hofmann**

wohnhaft in **Unterschönau**

wird die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer Thüringen anerkannten Fortbildungsveranstaltung bestätigt.

Titel der Veranstaltung: **Curriculum zur medizinischen Rehabilitation gemäß  
Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses  
(8 Stunden Selbststudium / 8 Stunden Präsenz)**

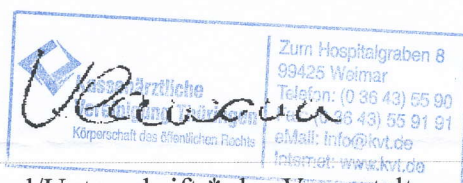
Veranstaltungsort: **Weimar**

Veranstaltungstermin: **21.03.2007**

Wissenschaftlicher Leiter: **Herr Prof. Dr. med. Egbert Seidel**

21.03.2007

Datum



Stempel/Unterschrift \* des Veranstalters

\* Originalunterschrift oder -stempel des Veranstalters erforderlich

Punkte 21	Kategorie H	Die Veranstaltung wird für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Thüringen anerkannt.
VNR: 2761502007122560017		Kammerinterne Registriernummer: 12256/2007