

# TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

## für die Hospitation

### Thema der Hospitation

Ort der Fortbildung

Der Fortbildungsanbieter bestätigt, dass

**Herr / Frau**

**ÖÄK-Arztnummer**

**am / von bis**

die oben genannte Hospitation absolviert hat.

**Medizinische DFP-Punkte**

Hospitationen sind gem. § 13 (4) der DFP-VO mit **max. 10 medizinischen DFP-Punkten** pro Tag anrechenbar.  
1 DFP-Punkt entspricht einer Fortbildungsdauer von 45 Minuten (ohne Pausen).

Medizinische DFP-Punkte sind in vollem Ausmaß für jede/n Ärztin/Arzt anrechenbar, unabhängig davon welches Sonderfach die Ärztin/der Arzt ausübt.

**Ärztlicher Fortbildungsanbieter**

**Abteilung**

**Adresse**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Veranstalters