DFOMPT
Deutsche
Fachgruppe für
Orthopädisch
Manuelle / Manipulative
Physio
Therapie

Stundennachweis Mentored Clinical Practice

Name Mentor	Datum der MCP	Ort der Durchführung	Bewertung • Nicht bestanden • Bestanden • Im vollen Umfang bestanden	Anzahl der erbrachten Stunden	Summe der Stunden

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Daten mit meiner Unterschrift.

Unterschrift Teilnehmer*in: _____

Bitte einen Monat vor der Prüfung senden an:

Thorsten Frahm
Steindamm 12
24119 Kronshagen

Bitte Stundennachweis doppelt mitführen und im Original einreichen.