

DGPRM e.V. | Tzschimmerstr. 30 | 01309 Dresden

Deutsche Gesellschaft für Physikalische  
und Rehabilitative Medizin e.V.  
Geschäftsstelle  
Tzschimmerstraße 30  
01309 Dresden  
Deutschland

## Nachweis des Status als Ärztin / Arzt in Weiterbildung

Hiermit bestätige ich,

**Name**

**Institution**

**Funktion**

dass

**Frau / Herr**

gegenwärtig als **Ärztin / Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin / Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** bei uns tätig ist.

Die Ausbildung dauert noch voraussichtlich bis

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel