



**Bundesverband Geriatrie  
Geschäftsstelle Fachweiterbildung  
Therapeuten**

Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin

Telefon: 030 / 339 88 76-10/-13

Telefax: 030 / 339 88 76-20

E-Mail: [zercur.fachweiterbildung@bv-geriatrie.de](mailto:zercur.fachweiterbildung@bv-geriatrie.de)

[www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de)

## ANMELDUNG

### Teilnahme ZERCUR GERIATRIE® - Fachweiterbildung Therapeuten

Vor- und Nachname:

---

Straße, Haus-Nr.:

---

PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

E-Mail (unbedingt angeben):

---

Geburtsdatum:

---

Ausbildung:

---

derzeitige Tätigkeit:

---

Einrichtung (Anschrift):

---

---

in der Geriatrie tätig seit:

---

Rechnungsadresse:

---

---

**Bitte fügen Sie dieser Anmeldung folgende Nachweise bei:**

1. Nachweis der Erlaubnis zum Führen der staatl. anerkannten Berufsbezeichnung **Physiotherapeut/Krankengymnast, Ergotherapeut, Logopäde, Sprachtherapeut oder Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (Schule Schlaffhorts-Andersen)**
2. Nachweis über Berufserfahrung im Umgang mit geriatrischen Patienten von mind. 6 Monaten
3. Kopie Zertifikat bzw. Nachweis der verbindlichen Anmeldung zum ZERCUR GERIATRIE - Basislehrgang

Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden elektronisch gespeichert. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nur innerhalb der Zercur Geriatrie Fachweiterbildung Therapeuten verwendet. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die im Handbuch „ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten“ getroffenen Regelungen anzuerkennen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Anmeldung ist erst mit Eingang der Teilnehmergebühren über 350,00 € zzgl. MwSt. gültig. Nach Eingang der Anmeldung wird die Rechnung über die Anmeldegebühren an die angegebene Rechnungsadresse versendet.