



**Antrag
auf Anerkennung als Kursleiter
für die photodynamische Therapie am Augenhintergrund**

Name:	.....	Titel:	.....
Vorname:	.....	Geburtsdatum:	.....
	Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses		Privatanschrift
PLZ, Ort:	.....		.....
Straße, Nr.:	.....		.....
Telefon-Nr.:	.....		.....
Fax:	.....		.....
E-Mail:	.....		.....

Ich bestätige mindestens 100 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbstständig durchgeführt zu haben

und

mindestens 2.000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet zu haben.

.....
Ort u. Datum

.....
**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**