Ärztekammer Schleswig-Holstein

# QUALIFIKATION ZUR FACHGEBUNDENEN GENETISCHEN BERATUNG

**Nachweis der 5-jährigen fachärztlichen Tätigkeit zur Teilnahme an der Wissenskontrolle nach Gendiagnostikgesetz und GEKO-Richtline**
**- nur für Nicht-Mitglieder -**

▶ Name:

▶ Vorname:

▶ Geburtsdatum:

▶ Zuständige Ärztekammer:

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 5 Jahre fachärztlich tätig bin.

Datum

Unterschrift