



## Antrag auf Zulassung<sup>1</sup> zur Fortbildung und Prüfung

als Hypertonieassistentin/-assistent DHL<sup>®</sup>

gemäß §3 / §6 VPO-HypAss DHL<sup>®</sup> <sup>2</sup>

**1. Teilnehmer/in<sup>3</sup>:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Dienstadresse<sup>3</sup>:**

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

**Rechnungsanschrift<sup>3</sup>:**

Name \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Es gilt nur der mit diesem Formular gestellte Antrag

<sup>2</sup> Verbandsprüfungsordnung zum Erwerb der Bezeichnung „Hypertonieassistentin DHL<sup>®</sup>“ bzw. „Hypertonieassistent DHL<sup>®</sup>“

<sup>3</sup> Bitte vollständig ausfüllen



## 2. Nachweis über die vorherige Ausbildung (s. §3 VPO-HypAss DHL®)

Ich habe

- a.) die Prüfung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer bestanden.
- b.) eine gleichwertige Ausbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer absolviert und kann eine mindestens zweijährige berufliche Tätigkeit nachweisen.
- c.) einen anderen Berufsabschluss und kann eine mindestens fünfjährige, dem Berufsbild der Arzthelferin oder des Arzthelfers entsprechende Tätigkeit nachweisen.

Obligatorisch beizufügen sind je nach oben angegebener Ausbildung

- bei a.): Kopie des Prüfungszeugnisses zur Arzthelferin oder zum Arzthelfer.
- bei b.): Kopie des Abschlusszeugnisses und ein zweijähriger Tätigkeitsnachweis.
- bei c.): Kopie des Abschlusszeugnisses und ein fünfjähriger Tätigkeitsnachweis.

## 3. Rechtliche Verpflichtungen/Gebühren/Versicherungen:

- (1) Ich verpflichte mich zur Beachtung der Satzung der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® | Deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, der Verbandsprüfungsordnung VPO-HypAss DHL® sowie der hierzu ergangenen Durchführungsbestimmungen.
- (2) Ich verpflichte mich zur ständigen Fortbildung auf dem Gebiet der Hypertonie und nehme spätestens alle 3 Jahre an einer Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Hypertonie Akademie | Akademie für Fortbildung der Deutschen Hochdruckliga GmbH teil.
- (3) Zum Erstqualifizierungskurs melde ich mich über die Kongressagentur m:con an (s. [www.hypertonie2015.de](http://www.hypertonie2015.de)).  
Ich verpflichte mich dazu, die Teilnahmegebühr für den Kurs nach Rechnungsstellung an m:con zu entrichten.

Antragsteller/in:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)