

Erklärung zum Antrag auf Zertifizierung „Osteologe DVO“

- Ich erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass der DVO oder ein von ihm autorisierter Vertreter zum Zwecke des Zertifizierungsprozesses meine Angaben jederzeit und unangekündigt kontrollieren und nachprüfen darf.
- Mir ist bekannt, dass die Zertifizierung „Osteologe DVO“ keine offizielle Bezeichnung der Ärztekammern ist. Mir ist bekannt, dass ich die Rechtslage bzgl. des Führens ärztlicher Qualifikationen zu beachten habe und hierfür selbst Sorge tragen muss. Der DVO kann hierfür keinerlei Gewährleitungen übernehmen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich die Regularien des DVO zu dieser Qualifikation „Osteologe DVO“ anerkenne und diese Zertifizierung nicht missbräuchlich führen werde.
- Mir ist bekannt, dass eine Voraussetzung zur weiteren Führung dieser Zertifizierung eine regelmäßige vom DVO entsprechend den Regularien zertifizierte jährliche Mindestfortbildung ist.
- Ich anerkenne dieses Antrags- und Zertifizierungsverfahren des DVO und akzeptiere die Entscheidung des DVO.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

Eidesstattliche Erklärung

- Ich erkläre mit meiner Unterschrift an Eides statt,
 - dass ich mich in der Vergangenheit regelmäßig und schwerpunktmäßig in der Versorgung von Patienten mit osteologischen Erkrankungen engagiert habe .
 - dass ich mich in den vergangenen Jahren regelmäßig osteologisch fortgebildet habe und ich meinen Patienten den „state-of-the-art“ in der Diagnostik und Therapie anbiete.
 - dass meine oben gemachte Angaben und Erklärungen, insbesondere Eigenzeugnisse, sowie die beigefügten Zeugnisse und Unterlagen respektive deren Kopien sämtlich in allen Punkten der Wahrheit entsprechen und nicht in unlauterer Absicht ergänzt, verkürzt und verfälscht wurden.
 - dass die Angaben über Patienten und Befunde richtig und wahr sind und von eigenen Patienten stammen.
 - dass Krankenunterlagen und Befunde eigener Urheberschaft sind und von selbst betreuten Patienten stammen.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers