



**Erklärungen zum  
Zertifizierungsantrag zur  
OSTEOLOGIN DVO (CH)/OSTEOLOGE DVO (CH)**

**Erklärung zum Antrag auf Zertifizierung Osteologin DVO (CH)/Osteologe DVO (CH)**

- 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 (CH)“ keine offizielle Bezeichnung der Ärztekammern in Deutschland bzw. der Verbindung der Schweizer Aerztinnen und Aerzte FMH 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 Gewährleistung übernehmen.
- Ich erkläre hiermit, dass ich die Regularien des DVO zu dieser Qualifikation „Osteologe DVO (CH)“ anerkenne und dieses Zertifikat nicht missbräuchlich führen werde.
- Mir ist bekannt, dass das Zertifikat auf 5 Jahre vergeben wird und eine Voraussetzung zur weiteren Führung eine regelmäßige, vom DVO entsprechend den Regularien zertifizierte Mindestfortbildung ist.
- Ich anerkenne dieses Antrags- und Zertifizierungsverfahren des DVO und akzeptiere die Entscheidung des DVO.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers

**Verbindliche schriftliche Erklärung zum Antrag auf Zertifizierung zur  
Osteologin DVO (CH) /Osteologe DVO (CH)**

- Ich erkläre mit meiner Unterschrift,
  - 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 oder 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