

Beiblatt zur Angabe weiterer Standorte, die in die Überprüfung durch die KBS einbezogen werden sollen. Bitte für jeden Standort ein separates Formular ausfüllen.

Bitte geben Sie an, für welchen Standort die Überprüfung und Anerkennung beantragt wird:

Standort (Adresse): _____

Kreuzen Sie bitte an, welche Module an dem Standort durchgeführt werden:

Fachkundemodule Erwerb	Abk.	<input type="checkbox"/>	Fachkundemodule Aktualisierung	Abk.	<input type="checkbox"/>
Haut und ihre Anhangsgebilde	GK	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung GK	AGK	<input type="checkbox"/>
Optische Strahlung	OS	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung OS	AOS	<input type="checkbox"/>
Ultraschall	US	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung US	AUS	<input type="checkbox"/>
EMF in der Kosmetik	EK	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung EK	AEK	<input type="checkbox"/>
EMF zur Muskelstimulation	ESM	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung ESM	AESM	<input type="checkbox"/>
EMF zur Stimulation	ESS	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung ESS	AESS	<input type="checkbox"/>
EMF zur Stimulation in der Kosmetik	ESK	<input type="checkbox"/>	Aktualisierung ESK	AESK	<input type="checkbox"/>