

C

Antrag für Fähigkeitsausweis * /**

**Antrag fällt nicht unter
Übergangsbestimmungen**

- Laserbehandlungen der Haut und Mundschleimhaut mit schneidenden oder ablativen Lasern (Typ I)
- Laserbehandlungen der anogenitalen Haut und Schleimhaut und der angrenzenden Regionen mit schneidenden oder ablativen Lasern (Typ II)
- Skin Resurfacing (Typ III)
- Behandlung von vaskulären Hautveränderungen (Typ IV)
- Behandlung von pigmentierten Hautveränderungen (Typ V.1)
- Behandlung von Tätowierungen und anderen exogenen Pigmenten (Typ V.2)
- Laser- und IPL-Behandlungen zur lang andauernden Haarreduktion (Typ VI)

*Zutreffendes ankreuzen

** Je ein Antragsformular C pro
gewünschten Fähigkeitsausweis

Antragsteller:

Name	Vorname
-------------	----------------

Basiskurs I

Ort:
Datum:
Dauer:
Organisator:

Basiskurs II

Ort:
Datum:
Dauer:
Organisator:

Praktikum:

Ort:
Datum:
Dauer:

Zusatzpraktikum (für Nicht-Titelanwärter):

Ort:
Datum:
Dauer:
Inhalt:

Kopien von Attesten, bzw. Bestätigungen beilegen