



# DIGAB

Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft  
für Außerklinische Beatmung

## Qualifikationsnachweis für Referent\*innen „Fachtherapeut\*in in der außerklinischen Intensivversorgung/DIGAB“

Name und Standort Kursanbieter: \_\_\_\_\_

Titel, Vorname, Name  
des/der Referent\*in: \_\_\_\_\_

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

**Zusammenstellung aller Themen, die vom Referierenden  
als Haupt- und Ersatzreferent\*in unterrichtet werden sollen**

**Berufsausbildung**

**Fachlicher Bezug zur außerklinischen Intensivversorgung**

Hiermit bestätige ich, dass ich für den oben genannten Kursanbietenden als Dozent\*in für die aufgelisteten Themen an den genannten Standorten oder im Webinar zur Verfügung stehe.

Ort, Datum, Unterschrift Referent\*in