

■ Vorname Name
■ dipl. Physiotherapeut
■ Strasse
■ PLZ Ort
■ Tel G
■ eMail

Gesundheitsdirektion des
Kantons ■
Herr ■
Adresse ■

Ausübung von Dry Needling

■ Ort, Datum

Sehr geehrter Herr Dr. ■

Ich bin ■ <<dipl. Physiotherapeutin FH bzw. dipl. Physiotherapeut FH >>. Seit dem ■ << Datum >> arbeite ich als ■ << angestellte Physiotherapeutin bzw. als angestellter Physiotherapeut >> am ■ << Arbeitsort >> und habe eine Zusatzausbildung in Dry Needling abgeschlossen. Die Dry Needling-Ausbildung erfolgte bei der IMTT (Interessengemeinschaft für myofasziale Triggerpunkt-Therapie) nach dem Standard der IMTT und umfasste 24 Kurstage (insgesamt 168 Unterrichtseinheiten à 60 Min.). Am ■ << Datum >> habe ich die Zertifizierungsprüfung ■ << zur Dry Needling-Therapeutin IMTT® bzw. zum Dry Needling-Therapeuten IMTT® >> erfolgreich bestanden (Beilage) und erfülle damit die in der Empfehlung der Gesundheitsdirektorenkonferenz betreffend „Dry Needling durch Physiotherapeuten“ vom 05.07.12 geforderten Voraussetzungen zur Ausübung von Dry Needling. ■ << Meine Vorgesetzte bzw. Mein Vorgesetzter >> ist einverstanden, dass ich Dry Needling ausübe und die Berufshaftpflichtversicherung des Betriebs schliesst die Tätigkeit des Dry Needling ausdrücklich mit ein.

Ich bitte Sie zu prüfen, ob ich damit die im Kanton ■ << Luzern >> bestehenden Bedingungen zur Ausübung von Dry Needling erfülle und bitte Sie um eine schriftliche Bestätigung.

Mit bestem Dank und
freundlichen Grüßen

■ Vorname Name

Der/Die Vorgesetzte
■ Vorname Name