

**ANTRAG FÄHIGKEITSAUSWEIS
INTERVENTIONELLE SCHMERZTHERAPIE
(gemäss Programm 2007)**

Kosten FA: Mitglieder SSIPM: CHF 500.00 / Nichtmitglieder: CHF 1000.00

Personalien

PRIVATADRESSE:

Name: _____ Vorname: _____
Anrede/Titel: _____ Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

ARBEITSPLATZADRESSE:

Praxis/Institut/Spital: _____
Funktion: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____
Tel.: _____ Fax: _____
E-Mail: _____

(Fortsetzung auf Seite 2)

ANGABEN ZUR ÜBERPRÜFUNG DER VORAUSSETZUNGEN

Facharzttitel: _____

Strahlenschutz-Kurs JA (bitte Ausweis beilegen) NEIN

NACHWEIS DER ERWORBENEN KOMPETENZEN GEM. ZIFFER 3

- Ich habe die Kompetenzen gem. 3.1 erworben JA NEIN

- Ich habe die Allg. Weiterbildungen in Schmerztherapie
gem. 3.2 besucht.¹ JA* NEIN

- Ich habe die Tätigkeiten gem. 3.2. unter Supervision eines
Arztes mit Fähigkeitsausweis in interventioneller Schmerz-
therapie ausgeübt. JA** NEIN

- Ich kann mind. sechs der unter Punkt 3.3 aufgeführten
Interventionen gemäss Formular (INTERVENTIONEN)
ausweisen. JA*** NEIN

Wichtig:

- * Bitte mit einem Zeugnis des Leiters der Weiter- oder Fortbildungsprogrammes oder einer Teilnahmebestätigung belegen.
- ** Bitte vom Weiterbildner schriftlich bestätigen lassen.
- *** Bitte mit Formular „Interventionen“ belegen. Die Kommission behält sich vor, die OP-Berichte zur Kontrolle einzufordern.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Bitte den Antrag inkl. Beilagen einsenden an:

Office SSIPM
Chemin de la Bovarde 19
CH-1091 Grandvaux
T: +41 21 799 10 29 / F: +41 21 588 01 33
welcome@ssipm.ch
www.ssipm.ch