

**Antrag zur Erteilung des Fähigkeitsausweises FMH in Hüftsonographie nach Graf**  
(bitte in leserlicher Blockschrift)

Kommission Hüftsonographie FMH  
Dr. med. Beat Dubs  
Sonografie-Institut Glattpark  
Thurgauerstr. 105  
8152 Zürich-Glattpark

Frau:  Herr:  Titel: .....

Name: ..... Vorname: .....

Institution: .....

Strasse/Nr. Arbeitsort: .....

PLZ / Ort: ..... / .....

Strasse/Nr. privat: .....

PLZ / Ort: ..... / .....

e-mail-Adresse: .....

Telefon Arbeitsort: ..... Telefax: .....

Mitglied-Nr. FMH: ..... Konkordat ZSR-Nr.: .....

EAN Nr.: .....

Arztdiplom / Staatsex: Ort:..... Jahr:.....

FMH-Titel: Jahr der FMH-Titel-Verleihung:.....

Pädiatrie  Orthopädie  Med. Radiologie

Keiner  Anderer .....

**Absolvierte Kurse in Hüftsonographie nach Graf:**

Grundkurs: Ort: ..... Datum:..... Kursleiter: .....

Aufbaukurs: Ort: ..... Datum:..... Kursleiter: .....

Schlusskurs: Ort: ..... Datum:..... Kursleiter: .....

Refresherkurs\*): Ort:..... Datum:..... Kursleiter: .....

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort, Datum:.....Unterschrift: .....

Beilagen  Kopie FMH-Facharztausweis oder eidg. Anerkennung \*)  
(unbedingt erforderlich!)  Bestätigung Grund-/Aufbau-/Schlusskurs (nach Graf) od. Refresherkurs \*)  
 Bestätigung der supervidierten Untersuchungen  
(\* für aus dem Ausland kommende Antragsteller)