**Antrag für den Fähigkeitsausweis Sonographie Modul Pädiatrie**

Bitte beachten Sie, dass wir zur Bearbeitung Ihres Antrages folgende Unterlagen zwingend von Ihnen benötigen:

Unterlagen vorhanden:

Ja Nein **1. Bestätigungen**

*  - Bestätigung Ihrer FMH-Mitgliedschaft
*  - Eidgenössischer oder anerkannter ausländischer Facharzttitel
*  - *Für Nicht-Schweizer*: Anerkennungsbestätigung Ihres eidgenössisch anerkannten ausländischen Facharzttitels (Bundesamt für Gesundheit)
*  - Beim Facharzt für Allgemeinmedizin aus Deutschland die Bestätigung über eine *5-jährige* Weiterbildung in Allgemeinmedizin

# 2. Ultraschallausbildung/Weiterbildung

*  - Ausbildungspass mit Nachweis der durchgeführten Kurse

(Grundkurs min. 15h, Aufbaukurs 15h, Abschlusskurs 15h)

*  - Bestätigung von 500 Sonographien, davon 200 unter Supervision, bis max. 200 Untersuchungen dürfen am erwachsenen Abdomen durchgeführt werden, max. 50 Untersuchungen sind aus Aufbau- und Abschlusskurs anrechenbar.
*  - Ausgefülltes Schlussevaluationsformular
*  - Ausgefülltes offizielles Antragsformular für den Fähigkeitsausweis Sonographie

Beim Fehlen von Dokumenten werden Ihre Unterlagen an Sie zurückgesandt mit der Bitte, diese zu vervollständigen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.sgum-ssum.ch, Rubrik Education/FA „Fähigkeitsprogramm“. Weitere Informationen sowie Kursausschreibungen erhalten Sie über die Sektion Pädiatrie SVUPP (www.svupp.ch).

Ich erfülle gemäss beiliegendem Weiterbildungsformular die Voraussetzungen für den Fähigkeitsausweis.

Ich bestätige, die Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben und bin bereit, auf Anfrage die dokumentierten Sonographien zur Kontrolle zur Verfügung zu halten.

Name, Vorname:

Ort, Datum: Unterschrift:

Beilagen:

* Personalien
* Weiterbildungsformular
* Ausbildungspass

# Antrag für den Fähigkeitsausweis Sonographie Modul Pädiatrie

**Personalien:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Facharzt/-ärztin FMH für: |  | seit: |
| Adresse Praxis/Spital: |  |
|  |
|  |
| Adresse Privat: |  |
|  |
|  |
| E-Mail (zwingend) |  |
| Telefon | Fax Praxis: |  |  |
| Telefon | Fax Privat: |  |  |
| Konkordats-Nummer: |  |
| EAN-Nummer: |  | GLN-Nummer: |
| Bestehende Mitgliedschaft: | * SGP
 | * SVUPP
 | andere: |
| * SGUM
 | Sektion: |
| Antrag auf SGUM/ SSUM- Mitgliedschaft? | * Ja
 | * Nein
 |
| Interesse an Tätigkeit als Ausbildner/ Kursleiter? | * Ja
 | * Nein
 |

Bitte den Antrag, dieses Personalienblatt, das Weiterbildungsformular, allenfalls den Ausbildungspass SGUM sowie allfällige zusätzliche Unterlagen ausgefüllt und unterschrieben einsenden an:

# Geschäftsstelle

**Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der Pädiatrie SVUPP**

**c/o Frau Manuela Honegger
Bernstrasse 4a
4922 Bützberg**

**Antrag für den Fähigkeitsausweis Sonographie Modul Pädiatrie Weiterbildungsformular**

Name, Vorname: Ultraschallerfahrung seit:

# Besuchte Kurse

* + nicht angeben, wenn im beiliegenden Ausbildungspass SGUM vollständig erfasst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Ort | Leiter | Dauer (Std.) |
| **Grundkurs, Kurs I:** |
| **Aufbaukurs, Kurs II:** |
| **Abschlusskurs, Kurs III:** |
| **Fortbildungskurs:** |

# Kontrollierte Untersuchungen zwischen Grund- und Aufbaukurs

* + nicht angeben, wenn im beiliegenden Ausbildungspass SGUM vollständig erfasst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wo | Supervisor | Anzahl | Region |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Kontrollierte Untersuchungen zwischen Aufbau- und Abschlusskurs

* + nicht angeben, wenn im beiliegenden Ausbildungspass SGUM vollständig erfasst

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wo | Supervisor | Anzahl | Region |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Weitere selbständig durchgeführte Untersuchungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wo | Anzahl | Region |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |