10/2021

**Antragsformular für den interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM**

1. **Personalien**

**Anrede / Titel:  Herr  Frau**

**Name Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Facharzttitel:**

**GLN Nr.:**

Adresse:  Privat  Praxis /  Spital

Strasse:      

PLZ-Ort:      

Telefon:      

Mobile:

Mail:

Jahr Staatsexamen:      Jahr FMH:      Praxistätigkeit seit:

SAPPM Mitgliedschaft:  **bereits Mitglied SAPPM**  **wünsche Neumitgliedschaft SAPPM**

**Rekurs**:

Gegen den Entscheid der Prüfungskommission kann innerhalb eines Monats beim Vorstand der

SAPPM Rekurs eingereicht werden.

**Prüfungskosten CHF 500.-:**

Voraussetzung für Bearbeitung vergl. Gebührenordnung SAPPM.

Einbezahlt am     .       Senden Sie mir einen Einzahlungsschein zu.

Unterschrift / Stempel:

Ort und Datum:

*(Bitte ausdrucken und unterschrieben)*

**B. Weiterbildung**

**1. Theoretische Weiterbildung**

**Weiterbildungs-Institut:**

Weiterbildungsdaten

Weiterbildungsleiter

Funktion            **Credits**

**Weiterbildungs-Stätte**:

Weiterbildungsdaten

Weiterbildungsleiter

Funktion            **Credits**

**Seminare/Kurse:**            **Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

Gesamtzahl Stunden **Theorie:** total absolvierte Stunden       **Credits**

(anerkanntmax. 120 Credits)davon mit Beleg (siehe Anhang)       **Credits**

*Zum Ausfüllen der Formularfelder beachten Sie bitte die Statuszeile und die Wegleitung.)*

***1 Credit*** *= 1 Stundenäquivalent (Therapiesitzung von ca. 50 Min.). 1 Ganztageskurs max.10 Credits.***2. Fertigkeiten**

Erfolgte Weiterbildung            **Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

Gesamtzahl Stunden **Fertigkeiten:** total absolvierte Stunden      **Credits**

(anerkanntmax. 120 Credits)davon mit Beleg (siehe Anhang)       **Credits**

**3. Supervision und Selbsterfahrung (inkl. Balintarbeit und Intervision)**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

**Credits**

Gesamtzahl Stunden **Supervision / Selbsterfahrung** total absolviert       **Credits**

(max. 120 Credits)davon mit Beleg (siehe Anhang)       **Credits**

*Zum Ausfüllen des Anforderungsformulars beachten Sie bitte die Wegleitung.)*

***1 Credit*** *= 1 Stundenäquivalent (Therapiesitzung von ca. 50 Min.). 1 Ganztageskurs max. 10 Credits.***4. lnstitutionstätigkeit**

**Institutionsarbeit**            **Credits**

(siehe unter 1)            **Credits**

**Credits**

**Konsiliardienst:**            **Credits**

**Liaisondienst:**            **Credits**

Gesamtzahl Stunden **Institutionstätigkeit** total absolviert      **Credits**

(anerkannt max. 240 Credits)davon mit Beleg (siehe Anhang)       **Credits**

**Gesamtzahl Stunden Aus- / Weiterbildung  
in Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin**       **Credits**

**Für interdisziplinären Schwerpunkt SAPPM min. 360 Credits**

davon mit Beleg (siehe Anhang)       **Credits**

ohne Beleg (max. 100 Credits)       **Credits**

Unterschrift / Stempel:

Ort und Datum:

*(Bitte ausdrucken und unterschreiben)***ANHANG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BelegNr.** | **Beilagen / Belege / Zeugnisse** | **Kategorie** | **Credits** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

Kategorie (**T** = Theorie, **F** = Fertigkeiten, **SV** = Supervision, **IV** = Intervision **SE** = Selbsterfahrung oder eigene Therapie,

**IT** = Institutionstätigkeit, **PT** = Eigene Praxistätigkeit mit Inter- / Supervision-Begleitung)

Ort und Datum: Unterschrift:

*Bitte ausdrucken und unterschreiben:***ANHANG Curriculum**

(Um bei Tarif- und Dignitätsverhandlungen über korrekte und vollständige Daten zu verfügen, bitten wir Sie um eine möglichst detaillierte Zusammenstellung Ihrer gesamten medizinischen Aus- und Weiterbildung)

Ort und Datum: Unterschrift: