# Rezertifizierung interdisziplinärer Schwerpunkt

# Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM

**Name / Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Facharzttitel:**

**Rezertifizierung fällig:       GLN Nr.:**

**Strasse:** **PLZ/Ort:**

**Telefon:** **Mobile:**

**Mail:**

**A. Besuchte Fortbildungen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Thema / Ort** | **Credits** | **Datum** | **Beleg** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total A**  | **Mind. 30** |  |  |

**B. Supervision / Intervision**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Supervision / Ort** | **Credits** | **Datum** | **Beleg** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Intervision / Ort** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total B** | **Mind. 60** |  |  |

**C. Lehrtätigkeit**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lehrtätigkeit / Ort** | **Credits** | **Datum** | **Beleg** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total C** |  |  |  |

**ÜBERBLICK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Total** | **Credits** | **Effektive Credits** |
| 1. Fortbildungen
 | mind. 30 |  |
| 1. Supervision / Intervision
 | mind. 60 |  |
| 1. Lehrtätigkeit
 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Erfordertes Total** | **mind. 100** |  |

Hiermit bescheinige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort und Datum:

Unterschrift / Stempel:

Bemerkungen:

Update 03.01.2008

Nach Ablauf einer Frist von 5 Jahren wird der interdisziplinäre Schwerpunkt jeweils für weitere 5 Jahre erneuert, sofern innerhalb dieser Zeit die Kriterien der Fortbildungspflicht erfüllt und die Titelführungsgebühr an die SAPPM entrichtet wurde. Andernfalls erlischt der Schwerpunkt mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Rezertifizierung fällig wird.

Zusätzlich zu der von den FMH-Fachgesellschaften geforderten Fortbildung benötigt ein/e Schwerpunkt-Inhaber/in zur Rezertifizierung eine Kontrolle der Praxis­tätigkeit von 20 Stunden pro Jahr (diese können auch gebündelt absolviert werden) in folgender Zusammensetzung:

6 - 8 SÄQ Fortbildung (Fortbildung in psychosomatischer und psychosozialer Medizin. Ab 2004 SAPPM-akkreditierte Fortbildung)

Und12 - 14 SÄQ Supervision oder Intervision (Supervision belegt, Intervision Gruppengrösse mindestens 3 Mitglieder, Beleg durch Gruppenmitglied).

Für Institutsfähigkeitsausweis-Träger gilt der Nachweis entsprechender Lehrtätigkeit.