

Aufnahmeantrag Svanah Aktivmitglied

Ausgabe Januar 2018

1/3

☞ Bitte lesen Sie das Anmeldeformular vor dem Ausfüllen zuerst durch!

A. PERSONALIEN

1. Persönliche Angaben / Adresse angestellt selbstständig

_____	_____	_____
Anrede	Name	Vorname
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	

Praxisname		

_____	_____	_____
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	

_____	_____	_____
Telefon	Mobile	E-mail

B. AUSBILDUNG / DIPLOME

1. Haben Sie Vorberufe **Nein** **Ja**

Berufsabschluss _____ Abschlussjahr _____ Ausbildungsdauer (Jahre) _____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

☞ Falls ja: Bitte Kopie der Berufsabschlüsse beilegen (Beilage Nr. 1, bitte nummerieren)

Medizinischer Vorberuf **Nein** **Ja** Welcher: _____

Deutsche Amtsarztprüfung **Nein** **Ja**

☞ Falls ja: Bitte Kopie Bestätigung der medizinischen Zusatzausbildung beilegen (Beilage Nr. 2, Bitte nummerieren)

2. Naturheilkundliche Ausbildung

Titel Abschluss/Diplom _____ Abschlussjahr _____ Ausbildungsdauer (Jahre) _____

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

☞ Bitte Kopie Gesamtabschluss beilegen (Beilage Nr. 3, bitte nummerieren)

Aufnahmeantrag Svanah Aktivmitglied

3. Umfang der Ausbildung / Modulabschlüsse

Fächer/Modulabschlüsse	Abschlussjahr	Dauer (Jahre)	Anzahl Stunden
Medizinische Grundausbildung*	_____	_____	_____
Fachrichtung (AYU, HOM, TCM, TEN)*	_____	_____	_____
Allgemeine Berufskompetenz*	_____	_____	_____

*geforderte Ausbildungsstunden siehe AAK Richtlinien.

☞ Bitte Kopie der Fach-/Modulabschlüsse beilegen (Beilage Nr. 4, bitte nummerieren)

4. Naturheilkundliches Praktikum

Praktikumsort / Institution	Fachgebiet	Anzahl Stunden
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

☞ Bitte Kopien der Praktikumsbestätigungen beilegen (Beilage Nr. 5, bitte nummerieren)

5. Kantonale Prüfung:

Ja

Nein

Kanton _____ Datum _____

Kantonale Bewilligung zur Berufsausübung:

Ja

Nein

Kanton _____ Datum _____

☞ Falls ja: Bitte Kopie der kant. Berufsbewilligung und Verfügung beilegen (Beilage Nr. 6, bitte nummerieren)

6. Registrierung (EMR, ASCA, SPAK, etc.)

Ja

Nein

ZSR-Nr _____

☞ Falls ja: Bitte Kopie Ihrer aktuellen Registrierung beilegen (Beilage Nr. 7, bitte nummerieren)

7. Kommentare / Ergänzungen zu den Punkten 1-9

C. WEITERBILDUNG

Die Aufnahmekommission behält sich vor Weiterbildungsnachweise nachzufordern, falls Ausbildungsstunden fehlen.

Aufnahmeantrag Svanah Aktivmitglied

D. PRAXISTÄTIGKEIT

1. Praxiserfahrung: Ja Nein

selbständig

_____ seit _____

_____ Pensum _____

oder

angestellt

_____ seit _____

_____ Pensum _____

2. Praxis / Räume

Wurde bereits eine offizielle Praxisinspektion durchgeführt?

Ja Nein

_____ Inspektion durchgeführt durch

_____ Inspektionsdatum

☞ Falls ja: Bitte Kopie Inspektionsbericht beilegen (Beilage Nr. 8, bitte nummerieren)

3. Haben Sie eine Berufshaftpflichtversicherung?

Ja Nein

☞ Falls ja: Bitte Bestätigung beilegen (Beilage Nr. 9 bitte nummerieren)

E. AUFNAHMEGEBÜHR

Die Gebühr für das Aufnahmeverfahren beträgt 250.– CHF. und ist vor der Einreichung des Antrages einzuzahlen. Die weiteren Gebühren können dem aktuellen Gebührenreglement auf der Svanah-Webseite entnommen werden.

Einzahlungen auf: Svanah Postkonto 40-9804-7 (IBAN: CH02 0900 0000 4000 9804 7)

☞ Bitte die Quittungskopie der Einzahlung der Aufnahmegebühr beilegen (Beilage Nr. 10, bitte nummerieren)

F. BEILAGEN

Checkliste Beilagen:

- Beilage Nr. 1 - Kopie der Berufsabschlüsse
- Beilage Nr. 2 - Kopie Bestätigung der medizinischen Zusatzausbildung
- Beilage Nr. 3 - Kopie Gesamtabschluss
- Beilage Nr. 4 - Kopie der Fach-/Modulabschlüsse
- Beilage Nr. 5 - Kopien der Praktikumsbestätigungen
- Beilage Nr. 6 - Kopie einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung oder Verfügung
- Beilage Nr. 7 - Kopie Ihrer aktuellen Registrierung
- Beilage Nr. 8 - Kopie (bereits vorhandener) Inspektionsbericht beilegen
- Beilage Nr. 9 - Bestätigung Berufshaftpflichtversicherung
- Beilage Nr. 10 – Kopie Quittung Einzahlung Aufnahmegebühr

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und sämtlicher eingereichter Unterlagen und Kopien. Ich bin mit den Svanah Mitgliedschaftsbedingungen einverstanden. Ich habe die Dokumentation, insbesondere den Inhalt und die Verbindlichkeit der Statuten, des Leitbildes und der Standesregeln (Berufsethik) zur Kenntnis genommen.

Ohne gegenteilige, schriftliche Benachrichtigung an das Sekretariat bin ich damit einverstanden, dass Svanah meine Personaldaten, meine Adresse und meine Therapieformen an Versicherungsgesellschaften, Registrationsstellen (EMR, ASCA, usw.) oder an ausgewählte Interessengruppen weitergibt und im Internet publiziert. Alle übrigen Daten und Dokumente werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Ich bin einverstanden, dass Svanah weitere Angaben und Unterlagen einfordern kann.

Die Korrespondenz erfolgt ausschliesslich mit dem Antragsteller, seine Vertretung durch Drittpersonen ist nicht möglich.

Ort, Datum

Unterschrift