

Anmeldeformular

Prüfung zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Abhängigkeitserkrankungen

1. Kontaktinformationen des Kandidaten

Anrede:

Vorname:

Nachname:

GLN-Nr.:

Geburtstag:

(Tag/Monat/Jahr)

Postanschrift für die Zusendung der Rechnung und des Diploms:

Spital / Klinik / Institut usw.:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Wahlsprache für die Prüfung:

Französisch

Deutsch

Italien

2. Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung

- Ich habe mindestens ein Jahr Praxis im Bereich Abhängigkeitserkrankungen:

Ja

Nein

Falls ja:

von

bis

(Tag/Monat/Jahr)

Falls nein: Wann haben Sie Ihre Praxisjahr angefangen?

(Tag/Monat/Jahr)

- Ich habe mindestens 50 Patienten für Abhängigkeitserkrankungen aktiv betreut:

Ja

Nein

- Ich habe mein Praxisjahr in einer von der SSAM anerkannten Einrichtung für die Weiterbildungsstätte in Abhängigkeitserkrankungen absolviert:

Ja Nein

Spital / Klinik / Institut usw.:

Leiter der Weiterbildungsstätte:

- Ich werde der **Swiss Addiction Training Day** teilgenommen, die am selben Tag wie die Prüfung stattfindet, und falls notwendig habe Ich die Zustimmung meiner Vorgesetzten eingeholt:

Ja Nein

- Ich habe die Prüfungsgebühr von CHF 300 zur Kenntnis genommen:

Ja Nein

3. Zulassungsdossier

Ich bestätige, dass ich alle folgenden Unterlagen an das SSAM – Sekretariat für die Fähigkeitsprogramm Abhängigkeitserkrankungen gesendet habe (Adresse unten):

- Anmeldeformular für die Prüfung
- Eidgenössisches oder durch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) anerkanntes ausländisches Arztdiplom
- Geburtstag
- GLN-Nr.
- Lebenslauf
- Nachweis der klinischen Tätigkeit im Bereich Abhängigkeitserkrankungen
- SIWF Logbuch

4. Kontakt

Sekretariat SSAM - Fähigkeitsausweis Abhängigkeitserkrankungen
Catherine Burdet
Service de médecine des addictions
Rue du Bugnon 23A
1011 Lausanne
ssam_cfc@chuv.ch



Datum:

Unterschrift: