



Fähigkeitsausweis ERCP (Formular 3)

Übergangsbestimmungen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse	Ort	
Tel	Fax	e-mail
FMH MitgliederNr	EAN Nummer	Konkordatsnummer
Mitglied SGGSSG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

FMH Titel: Gastroenterologie <input type="checkbox"/> Inner Medizin <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/>
Datum
ERCP letzte 2 Jahre (mind. 50)*
Selbständige ERCP Tätigkeit (mind. 2 Jahre)
Total durchgeführte ERCP (mind. 100)
Total durchgeführte Papillotomien (mind. 50)
Total durchgeführte Steinextraktionen (mind. 25)
Total durchgeführte Drainageverfahren (mind. 25)

* Formular 4 mit allen 2004 und 2005 durchgeführten ERCP beilegen.

Ort, Datum, Unterschrift, Praxisstempel

Senden an : Prof. Gian Dorta Service de gastro-entérologie CHUV 1011 Lausanne
T +41 21 314 06 80 Fax +41 21 314 07 07 E-mail gian.dorta@chuv.ch