



Antrag Fähigkeitsausweis Gastroskopie (Formular 1)

(nicht für Anträge im Rahmen der Uebergangsbestimmungen)

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum: _____

Adresse : _____

Weiterbildungsperiode vom: _____ bis: _____

Anstellung als (Assistenzarzt, Oberarzt, etc.): _____

Weiterbildungsstätte: _____

Leiter: _____

FMH-Titel Innere Medizin, wann? _____

Mitglied der SGG/SSG

FMH MitgliederNr _____

EAN Nummer _____

Konkordatsnummer _____

I. Durch den Kandidaten durchgeführte Untersuchungen

	Anzahl		
	Jahr	Jahr	Jahr
<i>Gastroskopien (total min. 400)</i>			
<i>- davon mit endoskopischer Blutstillung oder Varizensklerosierung (total min. 20)</i>			

Bewerberin/Bewerber (Ort, Datum, Unterschrift)

Leiter/Leiterin (Ort, Datum, Unterschrift)

Bitte vollständig Liste ihrer im Rahmen der Weiterbildung durchgeführten Untersuchungen beilegen (Formular 4).

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