



## **Bestätigungsformular für absolvierte Fortbildung (Fähigkeitsausweis Gastroskopie)**

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, in den vergangenen 3 Jahren Fortbildungsveranstaltungen, die den Problembereich der Gastroskopie aus klinischer Sicht in angemessenem Rahmen beinhalten, besucht habe.

Ich bin bei allfälligen Stichprobe-Kontrollen der Fachgesellschaft in der Lage, die im Fortbildungsprogramm verlangten Nachweise zu erbringen.

**FMH-Mitgliedsnummer** : \_\_\_\_\_  
**Name** : \_\_\_\_\_  
**Vorname** : \_\_\_\_\_  
**Unterschrift** : \_\_\_\_\_  
**Datum** : \_\_\_\_\_

Sämtliche Informationen über die Fortbildungsordnung der FMH und alle Fortbildungsprogramme der Fachgesellschaften sind zu finden unter [www.fmh.ch/awf](http://www.fmh.ch/awf) ⇒ Fortbildung.

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](mailto:gian.dorta@chuv.ch)