



Fähigkeitsausweis Gastroskopie (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

Tätigkeit: Praxis <input type="checkbox"/>	Spital <input type="checkbox"/>	Paxis und Spital <input type="checkbox"/>
FMH Titel	Datum	
Anzahl Jahre selbständige Durchführung von Gastroskopen (mind. 2 Jahre)*	
Gastroskopen letzte 2 Jahre (mind. 100)	
Total durchgeführte Gastroskopen (min. 400)	
Total durchgeführte Blutstillungen (mind. 20)	

* Formular 4 mit alle 2004 und 2005 durchgeführten Gastroskopen 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