

Antrag Fähigkeitsausweis Gastroskopie (SGG)

Name	
Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Email	
Geburtsdatum	
Weiterbildungsperiode von / bis	
Anstellung als:	
Weiterbildungsstätte	
Leiterin oder Leiter	
Facharzttitel + Datum	
Mitglied SGG/SSG	Ja Nein
GLN	



I. Durch die Kandidatin / den Kandidaten durchgeführte Untersuchungen

	Anzahl		
	Jahr	Jahr	Jahr
Gastroskopien (total mind. 400)			
davon mit endoskopischer Blutstillung oder Varizensklerosierung (total mind. 20)			

Ort, Datum	
Unterschrift Kandidatin oder Kandidat	
Ort, Datum	
Unterschrift Leiterin oder Leiter	

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

Bitte einsenden an:

Geschäftsstelle SGGSSG
c/o gkaufmann Verbandsmanagement
Wattenwylweg 21
3006 Bern
office@sggssg.ch