Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie
Société Suisse de Gastroentérologie
Societa Svizzera di Gastroenterologia

Fähigkeitsausweis Gastroskopie: durchgeführte Untersuchungen (Formular 4)

Name	
Vorname	
GLN	
Periode	**vom** **bis**

Nr.	Datum	Indikation (Stichwort) / Hämostase?	Praxis	Spital

Bitte zusammen mit dem „Bestätigungsformular und dem Formular 2“ einsenden an:

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