



Anmeldung zur Schlussevaluation für den Fähigkeitsausweis Sonografie

Modul Halsorgane

Personalien

* Name Vorname:		
* Geburtsdatum:		
* Facharzt/-ärztin für:		seit:
* Adresse Privat:		
* Name inkl. Adresse Praxis/Spital:		
* Telefon Mobile Privat:		
Telefon Fax Praxis/Spital:		
* E-Mail geschäftlich:		
* E-Mail privat:		
GLN- Nummer:		
* Anmeldung SGUM Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

* Diese Angaben sind unerlässlich

Die folgenden Voraussetzungen habe ich erfüllt:

- Absolvierter SGUM- anerkannter Grund-, Aufbau- und Abschlusskurs (Kursbestätigungen dieser Anmeldung beiliegend).
- 200 supervidierte Untersuchungen (Bestätigungen beiliegend)
- Total 400 durchgeführte Sonografien des Untersuchungsgebietes, davon mindestens 200 unter Supervision. Die Dokumentationen sind auf Verlangen einsehbar.

Ort, Datum

Unterschrift



Besuchte Kurse

Datum	Ort	Leiter	Dauer (Std.)
<u>Grundkurs</u>			
<u>Aufbaukurs</u>			
<u>Abschlusskurs</u>			
<u>andere</u>			

Supervidierte Untersuchungen (mind. 200)

Wo	Supervisor/ Tutor/ KL	Anzahl	Körperregion

Selbständig durchgeführte Untersuchungen

Wo	Anzahl	Körperregion

Weiteres

Interesse an einer Tätigkeit als Supervisor, Tutor oder Kursleiter

Ja Nein

Wenn Sie bereits SGUM Mitglied sind, bei welcher Sektion?

Anmeldung per Mail oder Post einreichen an:

SGUM SSUM
 Bahnhofstrasse 55
 5001 Aarau

sgum@sgum.ch