

## Schweizerische Gesellschaft für Otorhinolaryngologie

# ANTRAG ZUR ERLANGUNG EINES ZERTIFIKATS FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER RESPIRATORISCHEN POLYGRAPHIE

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Akademische(r)Titel: \_\_\_\_\_

Facharzttitel FMH für ORL  
(oder Äquivalent) \_\_\_\_\_

Ort und Datum des  
(der) Diploms(e): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Arbeitsort (Praxis/Spital): \_\_\_\_\_

Aktueller Ort der Durch-  
führung der Polygraphien  
bzw. der Sprechstunde für  
schlafbezogene  
Atmungsstörungen: \_\_\_\_\_

## 1. Ausbildung zum Facharzt für ORL, insbesondere Ausbildung in Belangen der respiratorischen Polygraphie:

Datum (von, bis)	Institution, Abteilung	Stellung, Tätigkeit (genaue Bezeichnung z.B. Assistenz/Oberarzt, Volontär, Forschung, klinische Medizin, Praxis)

Durchführung von respiratorischen Polygraphien seit: \_\_\_\_\_

Anzahl der durchgeführten respiratorischen Polygraphien pro Jahr: \_\_\_\_\_

## 2. Vorgesehene Tätigkeit im Bereich schlafbezogene Atmungsstörungen

Im Spital: \_\_\_\_\_

In eigener Praxis:

Ort \_\_\_\_\_

geplant ab \_\_\_\_\_

### Vorgesehenes Polygraphie-System

Messsystem (Handelsname): \_\_\_\_\_

Parameter (Messprinzip): 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### Vorgesehene Durchführung der respiratorischen Polygraphie

ambulant	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
stationär	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Supervision und Instruktion durch Arzt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Durchsicht der Rohdaten und editieren der automatischen Befundung möglich	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erstellen eines Berichts	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

### 3. Ergänzungen

(wenn nötig Zusatzblatt benutzen)

---

---

---

---

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Antragsteller/in die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum  
Unterschrift:

---

Einsenden an:

Kommission Weiter- und Fortbildung der SGORL c/o  
Office Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie,  
Hals- und Gesichtschirurgie (SGORL)  
c/o **IMK** Institut für Medizin und Kommunikation AG  
Münsterberg 1  
CH-4001 Basel  
Tel: +41 61 561 53 53  
Mail: [sekretariat@orl-hno.ch](mailto:sekretariat@orl-hno.ch)  
Web: [www.orl-hno.ch](http://www.orl-hno.ch)

## FORTSETZUNGSANTRAG

Erlangung des 1. Zertifikats oder letztmaligen Zertifikats zur Durchführung respiratorischen Polygraphien im Jahr: \_\_\_\_\_ (bitte Kopie beilegen)

Anzahl der durchgeführten respiratorischen Polygraphien pro Jahr: \_\_\_\_\_

Nachweis von Fortbildung in Schlafmedizin (12 credits):

- 4 Stunden Selbststudium (Literatur)
- 8 Credits Fortbildungen in Schlafmedizin in den letzten 4 Jahren

(bitte Nachweise beilegen)

Verwendetes Polygraphie-System \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift bestätigt der/die Antragsteller/in die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort, Datum  
Unterschrift: \_\_\_\_\_

Beilagen:

Kopie des ersten Zertifikats oder letztdatierten Zertifikats

Nachweis von 8 Credits Fortbildungen in Schlafmedizin in den letzten 4 Jahren

Einsenden an: Kommission Fort- und Weiterbildung der SGORL