



## **ANTRAG Fähigkeitsausweis Akupunktur – Chinesische Arzneitherapie - TCM (ASA)**

**Fähigkeitsprogramm vom 1. Juli 2015**

### **PRIVATADRESSE:**

Name		Vorname	
Titel		Facharzttitel	
GLN			
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel.			
Email			

### **ARBEITSPLATZADRESSE:**

Spital		Abteilung	
Funktion			
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel.			
Email			

Korrespondenz an:

Privatadresse

Arbeitsplatzadresse

### **Mitglied bei**

SACAM

AGMAR

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte reichen Sie zusammen mit dem ausgefüllten Antrag Kopien Ihrer Bescheinigungen über die Module wie folgt ein:

Eidgenössischer oder in der Schweiz anerkannter ausländischer Facharztstitel (Ziff. 2).1

Titel		Jahr	
-------	--	------	--

Weiterbildungsnachweis über **360 Stunden** gemäss Ziff. 2.2 und 3.1:

- Basismodule (vgl. unten): Anrechnung je 80 Stunden
- 40 freie Weiterbildung oder Vertiefung

Nachweis (**Teilnahmebestätigung** oder **Zertifikat**) über den Erwerb von **4 Basismodulen**:

Allgemeine Grundlagen	Jahr	
Akupunktur	Jahr	
Chinesische Arzneitherapie	Jahr	
Ohrakupunktur/RAC-kontrollierte Akupunktur	Jahr	

Nachweis über **weitere 40 Weiterbildungsstunden gemäss Fähigkeitsprogramm**:

Thema	Institution	Zeitraum	Anzahl Stunden

### Prüfungen

Allgemeine Grundlagen	Datum	
Akupunktur	Datum	
Chinesische Arzneitherapie	Datum	
Ohrakupunktur/RAC-kontrollierte Akupunktur	Datum	