

Antrag zur Erteilung des Fähigkeitsausweises FMH Hüftsonographie nach Graf

Frau / Herrn
Prof. / PD / Dr. / med.prakt.

Name:

Vorname:

Kommission Hüftsonographie FMH
c/o Sonographie-Institut Dr. B. Dubs
Privatklinik Bethanien, Toblerstr. 51
8044 Zürich

Privatadresse:

Adresse Arbeitsort:

e-mail-Adresse:

Mitglied-Nr. FMH: Konkordat-Nr:.....

Telefon Arbeitsort:Fax:

Arztdiplom: Jahr:.....Ort:.....

FMH-Titel: Jahr der FMH-Titel-Verleihung:.....

Pädiatrie Orthopädie Med. Radiologie

Keiner Anderer:.....

Absolvierte Kurse in Hüftsonographie nach Graf:

Grundkurs: Ort: Datum:..... Kursleiter:

Aufbaukurs: Ort: Datum:..... Kursleiter:

Schlusskurs: Ort: Datum:..... Kursleiter:

Refresherkurs*): Ort:..... Datum:..... Kursleiter:

Die Richtigkeit der Angaben bestätigt:

Ort, Datum:.....Unterschrift:

- Beilagen Kopie FMH-Facharztausweis oder eidg. Anerkennung *)
(unbedingt erforderlich!) Bestätigung Grund-/Aufbau-/Schlusskurs (nach Graf) oder
Refresherkurs *)
 Bestätigung der supervidierten Untersuchungen

(* für aus dem Ausland kommende Antragsteller)