

Antrag zur Erteilung des Fähigkeitsausweises FMH in Hüftsonographie nach Graf
(bitte in leserlicher Blockschrift)

Kommission Hüftsonographie FMH
Dr. med. Beat Dubs
Sonografie-Institut Glattpark
Thurgauerstr. 105
8152 Zürich-Glattpark

Frau: ☐ Herr: ☐ Titel:

Name: Vorname:

Institution:

Strasse/Nr. Arbeitsort:

PLZ / Ort: Kanton:

Strasse/Nr. privat:

PLZ / Ort:

e-mail-Adresse:

Telefon Arbeitsort: Telefax:

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

GLN Nr.: SGUM-Mitglied: ☐ ja / ☐ nein

Arztdiplom / Staatsex: Ort: Jahr:

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

(unbedingt erforderlich!)

- ☐ Kopie FMH-Facharztausweis (oder eidg. Anerkennung **)
- ☐ Bestätigung Grund-/Aufbau-/Schlusskurs (nach Graf) od. Refresherkurs *)
- ☐ Bestätigung der supervidierten Untersuchungen

(** Eidg. Anerkennung nur für aus dem Ausland kommende Antragsteller, ansonsten Kopie Arztdiplom)