**Antrag**

**[ ]  Erwerb des Fähigkeitsausweises POCUS:**

 **Komponente** Wählen Sie ein Element aus.

Falls Sie mehrere Komponenten beantragen möchten, bitten wir Sie, für jede
Komponente einen eigenen Antrag zu stellen.

**[ ]  Aufnahme in die SGUM und in die Sektion/en:**

 [ ]  ICAN [ ]  Allgemeine Innere Medizin \* [ ]  Pädiatrie

 [ ]  Herz [ ]  Bewegungsapparat \* [ ]  Gefässe \*

 [ ]  Ich verzichte auf eine Mitgliedschaft in der SGUM

**Personalien**

Name:       Vorname:

GLN-Nummer:       Geburtsdatum:

E-Mail (zwingend):       Titel:

Facharzttitel:       seit (Jahr):

**Spital/Praxis:**

Adresse:

PLZ:       Ort:

Telefon:

**Privat:**

Adresse:

PLZ:       Ort:

Telefon / Mobile:

**Voraussetzungen:**

 [ ]  Grundlagen der Sonografie

[ ]  Grundkurs der entsprechenden Komponente gemäss Fähigkeitsprogramm

[ ]  Anzahl durchgeführte Ultraschalluntersuchungen gemäss Fähigkeitsprogramm

[ ]  zusätzlich die geforderte Anzahl selbstständig durchgeführte Untersuchungen

*\* Mitgliedschaft nur als Inhaber des Fähigkeitsausweises Sonografie des entsprechenden Moduls möglich*

**Die Bestätigung vom Tutor/Kursleiter FA POCUS**

Datum:

Name:

Vorname:

[ ]  Hiermit bestätige ich, dass der Antragsteller / die Antragstellerin, die Lernziele dieser Komponente erfüllt.

 Unterschrift Tutor/Kursleiter Komponente:

**Erklärung:**

Ich erfülle alle Voraussetzungen zur Erlangung des Fähigkeitsausweises POCUS der entsprechenden Komponente. Die Kopien der absolvierten Kurse liegen bei, wie auch die Bestätigung der supervidierten Ultraschalluntersuchungen. Ich bin bereit, auf Anfrage die eigenen dokumentierten Sonografien zur Kontrolle zur Verfügung zu halten.

Datum:       Unterschrift Antragsteller/in: