

PERSONALANGABEN		ZSR- Nr.:	
Anrede:	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	
Name:	Vorname:		
Titel:	Geboren am:		

Gewünschte Methodenregistrierung - Ausbildung Stufe 2:

Methodenbezeichnung (gemäss ASCA-Liste)	Anzahl Stunden	Name der Schule	Schule ASCA anerkannt?	Datum Diplom
1.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
2.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
3.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
4.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
5.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

Falls die Schule der Stufe 2 nicht ASCA-akkreditiert ist, würden Sie eine Fachprüfung ablegen? JA NEIN

Medizinische Grundlagen – Ausbildung Stufe 3 (Vertiefung)

Wird die Stufe 3, medizinische Grundlage, für die neue Methode verlangt? JA NEIN

Wenn Ja, haben Sie die Ausbildung der Stufe 3 mit Diplom (Anatomie, Physiologie, Pathologie, Anamnese) in einer ASCA-anerkannten Schule durchlaufen? JA NEIN

Wenn JA in welcher? Anzahl Stunden :

Falls Ihre Antwort NEIN ist, würden Sie eine Fachprüfung ablegen? JA NEIN

Die Registrierung hat keinen Einfluss auf den Jahresbeitrag oder die Anzahl der Weiterbildungsstunden.

Erforderliche Dokumente

- Der vorliegende ordnungsgemäss ausgefüllte Antrag
- Alle Zertifikate und Diplome sowie detailliertes Ausbildungsprogramm der Methode (Lehrgangsbestätigung)

Für die Registrierung einer zusätzlichen Methode bei der Stiftung ASCA bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass alle oben stehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ausserdem bestätige ich die Echtheit der von mir eingesandten Dokumente und dass ich alle erwähnte Punkte des Allgemeinen Anerkennungsreglement für Gesundheitspraktiker und -praktikerinnen (ARG), dem Ausführungsreglement des Allgemeinen Anerkennungsreglementes für ASCA-Gesundheitspraktiker und -praktikerinnen (ArARG), des Leitbildes, der ethischen Richtlinien sowie der Methoden-Liste (ML) zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert habe.

Unterschrift

Ort und Datum:

.....
Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie uns, Ihre Daten den uns angeschlossenen Versicherern weiterzuleiten.

Die Bestätigung Ihrer Registrierung wird Ihnen bei Akzeptanz innerhalb 4 Wochen zugestellt.

Bitte freilassen, Reserviert für die Stiftung ASCA

Gesundheitsmethode		Grund wenn Nein	Visum:
1.	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
2.	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
3.	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
4.	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		
5.	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>		