

Aufnahmegesuch für Therapeut*innen

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN			
NAME:		VORNAME:	
Sprache Korrespondenz:	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Italienisch
Nationalität:	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Andere
Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum:			

PRAXISADRESSE: Name der Praxis, der Gesellschaft oder des Zentrums (wird im Internet veröffentlicht)			
Praxisname:			
c/o:		Postfach:	
Strasse:			Kanton:
PLZ:	Ort:	Land:	
Tel.:		Mobil:	
E-Mail:		Internet-Seite:	

KORRESPONDENZADRESSE: Bitte nur ausfüllen, falls diese anders lautet als die Praxisadresse. (wird nicht veröffentlicht)			
c/o:			
Strasse:			Postfach:
PLZ:	Ort:	Kanton:	
Tel.:		Mobil:	
E-Mail:			

ZUSÄTZLICHER STANDORT: Name der Praxis, der Gesellschaft oder des Zentrums (wird im Internet veröffentlicht)			
Praxisname:			
Strasse:			Kanton:
PLZ:	Ort:	Land:	
Tel.:		Mobil:	
E-Mail:		Internet-Seite:	

ANERKENNUNG AB: (Rückwirkend keine Registrierung möglich)	<input type="checkbox"/> ganzjährig (Jan – Dez.)	<input type="checkbox"/> 2. Semester (Juli – Dez.)
Haben Sie bereits einmal einen Antrag bei der Stiftung ASCA gestellt? Wenn JA, ZSR-Nr.:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
Erfordert Ihre therapeutische Tätigkeit eine kantonale Berufsausübungsbewilligung? (Informationen beim zuständigen Kanton erhältlich) Falls JA, haben Sie diese Bewilligung zur Berufsausübung? (Kopie der Bewilligung dem Dossier beilegen)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Kopie beilegen	
Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes oder einer anderen Organisation? Falls JA, welcher?	Seit wann:	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)

AUSBILDUNG STUFE 1: Medizinische Grundlagen (mind. 150 Std)

Haben Sie ein Diplom eines eidg. Gesundheitsberufes, wofür Sie von der Stufe 1 dispensiert sind? (Siehe Liste dispensierte Berufe auf www.asca.ch) JA NEIN

Falls JA, genaue Berufsbezeichnung: Diplom beilegen

Haben Sie die Basisausbildung der Stufe 1 (Anatomie – Physiologie Pathologie) in einer ASCA-akkreditierten Schule absolviert? JA NEIN

Wenn **JA** in welcher? Anzahl Stunden :

Haben Sie ein BLS-AED (Generic Provider) Zertifikat? **Obligatorisch ab 01.01.2022** JA NEIN

AUSBILDUNG STUFE 2: Methodenspezifischer Lehrgang

Für welche Methode möchten Sie gerne registriert werden? (Siehe Methodenliste auf www.asca.ch)

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"/>	
6.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
7.			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

AUSBILDUNG STUFE 3: Medizinische Grundlagen (Vertiefung mind. 300 Std.)

Haben Sie ein Diplom eines eidg. Gesundheitsberufes, wofür Sie von der Stufe 3 dispensiert sind? (Siehe Liste dispensierte Berufe auf www.asca.ch) JA NEIN

Falls JA, genaue Berufsbezeichnung:(Diplom beilegen)

Haben Sie die Ausbildung der Stufe 3 mit Diplom (**Anatomie, Physiologie, Pathologie, Diagnose, Anamnese**) in einer ASCA-akkreditierten Schule durchlaufen? JA NEIN

Wenn **JA** in welcher? Anzahl Stunden :

- Erforderliche Dokumente**
- Der vorliegende ordnungsgemäss ausgefüllte Antrag
 - Kopien aller Zertifikate und Diplome sowie detailliertes Ausbildungsprogramm
 - Kopie BLS-AED Zertifikat (Gültigkeit 2 Jahre, unbegrenzte Gültigkeit für Absolvent*innen von OdA anerkannten Schulen)
 - Kopie Strafregisterauszug (nicht älter als 6 Monate)
 - Kopie der Identitätskarte oder Pass
 - Falls notwendig, Kopie der kantonalen Berufsausübungsbewilligung

Für meinen Anerkennungsantrag bei der Stiftung ASCA bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass alle obenstehenden Angaben genau sind und der Wahrheit entsprechen. Ausserdem bestätige ich die Echtheit der von mir eingesandten Dokumente und dass ich alle erwähnten Punkte des Allgemeinen Anerkennungsreglements (ARG), des Ausführungsreglements (ArARG), der Gebührenordnung, der Methodenliste (ML) den ethischen Richtlinien sowie dem Leitbild zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert habe.

Ort und Datum: **Unterschrift:**

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

Nach Erhalt Ihrer Unterlagen erhalten Sie die Rechnung für die einmalige Dossiergebühr. Nach Eingang der Zahlung werden Ihre Unterlagen innerhalb von zirka 4 Wochen geprüft.