

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 :		Website	
KORRESPONDENZADRESSE: Bitte nur ausfüllen, falls diese anders lautet als die Praxisadresse. (wird nicht veröffentlicht)			
c/o		Postfach :	
Strasse :			Kanton :
PLZ :	Ort :	Land :	
Tel. :		Mobil :	
E-Mail :		Website	
ZUSÄTZLICHER STANDORT: Name der Praxis, der Gesellschaft oder des Zentrums (wird im Internet veröffentlicht)			
Praxisname :			
Strasse :			Kanton :
PLZ :	Ort :	Land :	
Tel. :		Mobil :	
E-Mail :		Internetseite :	
ANERKENNUNG AB Jahr :		ganzjährig	2. Semester
(Rückwirkend keine Registrierung möglich)		<input type="checkbox"/> (Jan – Dez.)	<input type="checkbox"/> (Juli – Dez.)
Haben Sie bereits einmal einen Antrag bei der Stiftung ASCA gestellt?			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
ZSR-Nr.:			
Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes oder einer anderen Organisation?			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Falls JA, welcher? Seit wann:			Kopie beilegen
Erfordert Ihre therapeutische Tätigkeit eine kantonale Berufsausübungsbewilligung?			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
(Informationen beim zuständigen Kanton erhältlich)			Falls JA Kopie beilegen

AUSBILDUNG STUFE 1: Schulmedizinische Grundlagen (mind. 150 Std)	
Haben Sie ein Diplom eines Gesundheitsberufes , wofür Sie von der Stufe 1 dispensiert sind? (Siehe Liste Gesundheitsberufe auf www.asca.ch)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Falls JA, genaue Berufsbezeichnung:	Diplom beilegen
Haben Sie die Basisausbildung der Stufe 1 (Anatomie – Physiologie Pathologie) in einer ASCA-akkreditierten Schule absolviert?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> Kopie beilegen
Wenn JA in welcher?	Anzahl Stunden
Haben Sie ein BLS-AED (Generic Provider) Zertifikat? Obligatorisch seit 01. Januar 2022	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

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
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

AUSBILDUNG STUFE 3: Schulmedizinische Grundlagen (Vertiefung mind. 300 Std)	
Haben Sie Diplom eines eidg. Gesundheitsberufes , wofür Sie von der Stufe 3 dispensiert sind? (Siehe Liste dispensierte Berufe auf www.asca.ch).	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Falls JA, genaue Berufsbezeichnung:	(Diplom beilegen)
Wurde die Ausbildung in der Schulmedizin, für die Sie ausgebildet und diplomiert wurden, in einer von der Stiftung ASCA akkreditierten Schule absolviert?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Wenn JA in welcher?	Anzahl Stunden :

Erforderliche Dokumente

- 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**

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 Anerkennungs-reglements (ARG), des Ausführungsreglements (ArARG), der Gebührenordnung, der Methoden-Liste (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.