|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONALANGABEN ZSR- Nr.:** | | | | | | | | | |
| **Anrede:** | Herr | | | Frau | | | Doktor | | |
| **Name:** | | | | **Vorname:** | | | | | |
| Berufstitel: | | | | Geburtstag: | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **AUSBILDUNG DER STUFE 2: Methodenspezifischer Lehrgang**  Für welche Methode(n) möchten Sie zugelassen werden? (siehe Methodenliste auf www.asca.ch) | | | | | | | | | |
| **Methodenbezeichnung** (*gemäss Methodenliste)* | | **Anzahl**  **Stunden** | **Name der Schule** | | | **Schule ASCA anerkannt** | | | **Datum Diplom** |
|  | |  |  | | | JA  NEIN | | |  |
|  | |  |  | | | JA  NEIN | | |  |
|  | |  |  | | | JA  NEIN | | |  |
|  | |  |  | | | JA  NEIN | | |  |
|  | |  |  | | | JA  NEIN | | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  |
| **AUSBILDUNG DER 3. STUFE – Vertiefung Schulmedizin** (min. 300 Stunden) | | | | | | | | | |
| Ist für die Anerkennung der Methode(n) eine Ausbildung der Stufe 3 erforderlich? *(gemäss Methodenliste unter www.asca.ch*) | | | | | | | | JA  NEIN | |
| Wenn JA, wurde diese Ausbildung in einer ASCA-akkreditierten Schule absolviert? : | | | | | | | | JA  NEIN | |
| Wenn JA, welche?        ………………………………………………………………………………..……………… Anzahl Stunden : | | | | | | | | ……………………….……….. | |
|  | |  |  | | |  | | |  |
| **Erforderliche Dokumente:**   * Kopien der erhaltenen Zertifikate und Diplome sowie detaillierte Lehrgangsbestätigung, die von den Schulen bestätigt wurden (Fächer, Themen und Stundenzahl). | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Für die Registrierung einer zusätzlichen Methode bei der Stiftung ASCA bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass alle obenstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ausserdem bestätige ich die Echtheit der von mir eingesandten Dokumente und dass ich alle erwähnten Punkte des Allgemeinen Anerkennungsreglements (ARG), dem Ausführungsreglements (ArARG), des Leitbildes, der ethischen Richtlinien sowie der Methoden-Liste (ML) zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert habe.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Ort und Datum :**  ………………………………………………………………………………………………… | | | | | **Unterschrift :**  ………………………………………………………………..…………………………………………………… | | | | |
|  | | | | | Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie uns, Ihre Daten den uns angeschlossenen Versicherern weiterzuleiten. | | | | |
| **Die Bestätigung Ihrer Registrierung, sofern sie akzeptiert wird, erhalten Sie in etwa vier Wochen.** Für die Stiftung ASCA reservierter Bereich | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Methodenbezeichnung** | **Geprüft** | **Grund wenn nein** | **Visum** |
| 1. **1.** | JA  NEIN |  |  |
| 1. **2.** | JA  NEIN |  |  |
| 1. **3.** | JA  NEIN |  |  |
| 1. **4.** | JA  NEIN |  |  |
| 1. **5.** | JA  NEIN |  |  |