



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine

Anmeldung Prüfung für den interdisziplinären Schwerpunkt «klinische Notfallmedizin» (SGNOR)

**Prüfung 2024: 25. November 2024 und 02. Dezember 2024 /
Anmeldeschluss: 15. August 2024**

PRIVATADRESSE:

Name		Vorname	
Titel		Facharzttitel	
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel.		GLN	
Email			

Auszug aus dem Programm für den interdisziplinären Schwerpunkt «klinische Notfallmedizin» (SGNOR):

Art. 5.1 Zulassung

Folgende Kriterien müssen zur Prüfungszulassung erfüllt sein:

- mindestens 12 Monate absolvierte praktische Tätigkeit (100%) in einer anerkannten Weiterbildungsstätte (SGNOR Kategorien 1, 2 oder 3 gemäss Ziff 3.1.1) für den interdisziplinären Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin (SGNOR)»
- mindestens 3 absolvierte Weiterbildungsjahre zum Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
- erfolgreiche Absolvierung eines ACLS-AHA / ALS-ERC **und** ATLS / ETC oder eines entsprechenden Refresherkurs in den letzten 5 Jahren vor dem Prüfungsdatum
- absolvierter Kurs Basisnotfallsonographie (aus Komponente 1; Fähigkeitsausweis POCUS SGUM: Kursdauer 8 Std)

Die Prüfungen können aus Qualitätsgründen aufgenommen (mündlich: Tonaufnahme / praktisch: Ton- oder Videoaufnahme) werden. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Aufnahme Ihrer Prüfung.

Datum und Unterschrift der / des Antragsstellenden _____

Kosten:

Mitglieder SGNOR CHF 600.00
Nichtmitglieder SGNOR CHF1'000.00

Bestätigung von 12 Monaten fachspezifischer Weiterbildung (Kategorien 1, 2, 3):

Weiterbildungsstätte	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift der / des Weiterbildungsverantwortlichen _____

Weiterbildungsstätte	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift der / des Weiterbildungsverantwortlichen _____

Weiterbildungsstätte	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift der / des Weiterbildungsverantwortlichen _____

*Nachweis über **3 Jahre klinischer Weiterbildung** in Allgemeiner Innerer Medizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Orth. Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kardiologie oder Intensivmedizin: **bitte legen Sie die Kopien aus dem SIWF-Logbuch oder die Kopie des Facharzttitels bei, besten Dank***

Kurse (bitte Kopien der TN-Bestätigungen beilegen)

Kurs	Datum
ACLS-AHA oder ALS-ERC	
ATLS oder ETLS	
Basisnotfallsonographie gemäss Programm (Komponente 1 FA POCUS)	