



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 Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin SGNOR

PRIVATADRESSE:

| | | | |
|---------|--|----------|--|
| Name | | Vorname | |
| Titel | | Facharzt | |
| Strasse | | | |
| PLZ/Ort | | | |
| Tel. | | Fax | |
| Email | | | |

Auszug aus dem Fähigkeitsprogramm Klinische Notfallmedizin SGNOR:

5.1 Zulassung zur Prüfung

Zur Prüfung zugelassen wird, wer nachweislich **mindestens 12 Monate** fachspezifische Weiterbildung Klinische Notfallmedizin absolviert hat.

3.1 Fachspezifische Weiterbildung

Die fachspezifische Weiterbildung dauert 18 Monate. **Sie erfolgt ausschliesslich an Notfallstationen, die von der SGNOR anerkannt sind.**

Die **fachspezifische Weiterbildung kann erst nach 3 Jahren klinischer Weiterbildung in Allgemeiner Innerer Medizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Orth. Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kardiologie oder Intensivmedizin** begonnen werden.

Eine Weiterbildungsperiode in Klinischer Notfallmedizin umfasst mindestens 3 Monate bei 100% Beschäftigung. Alternativ sind Perioden von mindestens 6 Monaten bei zumindest 50% Beschäftigung (60 Schichten) anrechenbar.

An einer von der SGNOR anerkannten Notfallstation der Kategorie 1 oder 2 können bis zu 12 Monate absolviert werden. Die Weiterbildung muss an **zwei verschiedenen Institutionen bzw. Spitälern** erfolgen.

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

Datum und Unterschrift des Antragsstellers _____

Kosten:

Mitglieder SGNOR CHF 600.00
Nichtmitglieder SGNOR CHF1'000.00

Rückseite: Angaben über Ihre fachspezifische Weiterbildung

Bestätigung von 12 Monaten fachspezifischer Weiterbildung:

| | |
|------------------------------------|--|
| Notfallstation Name und Adresse | |
| Zeitraum (von bis) %-Anstellung | |

Stempel & Unterschrift des ärztlichen Leiters der Notfallstation _____

| | |
|------------------------------------|--|
| Notfallstation Name und Adresse | |
| Zeitraum (von bis) %-Anstellung | |

Stempel & Unterschrift des ärztlichen Leiters der Notfallstation _____

*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 bei, besten Dank***