# A. PERSONALIEN

**1. Persönliche Angaben / Adresse**  [ ]  **angestellt** **[ ]  selbstständig**

Name       Vorname

Geburtsdatum            Staatsangehörigkeit

Praxisname

Praxisadresse : Strasse/Nr.       PLZ/Ort

Privatadresse: Strasse/Nr.       PLZ/Ort

Telefon:  (Auswahl) Nummer       Telefon: Nummer

E-mail:  (Auswahl)       E-mail:

# B. AUSBILDUNG / DIPLOME

**1. Haben Sie Vorberufe ?** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

Berufsabschluss Abschlussjahr Dauer (Jahre)

☞ Falls ja: Kopie der Berufsabschlüsse beilegen (Bitte als Beilage Nr. 1 nummerieren)

Medizinischer Vorberuf [ ]  **Ja** **[ ]  Nein** Welcher:

Deutsche Amtsarztprüfung **[ ]  Ja** **[ ]  Nein** Datum:

☞ Falls ja: Kopie Bestätigung der medizinischen Zusatzausbildung beilegen (Bitte als Beilage Nr. 2 nummerieren)

**2. Naturheilkundliche Ausbildung**

Titel Abschluss/Diplom Abschlussjahr Dauer (Jahre)

Lehrinstitut(e) / Heilpraktikerschule(n) Ort Jahre von/bis

☞ Kopie Gesamtabschluss beilegen (Bitte als Beilage Nr.3 nummerieren)

**3. Umfang der Ausbildung / Modulabschlüsse**

Fächer/Modulabschlüsse Abschlussjahr Dauer (Jahre) Anzahl Stunden

Medizinische Grundausbildung\*

Fachrichtg. (AYU, HOM, TCM, TEN)\*

Allgemeine Berufskompetenzen\*

\*geforderte Ausbildungsstunden siehe AAK Richtlinien.

☞ Kopie der Fach-/Modulabschlüsse beilegen (Bitte als Beilage Nr. 4 nummerieren)

**4. Naturheilkundliches Praktikum**

Praktikumsort / Institution Fachgebiet Anzahl Stunden

☞ Kopien der Praktikumsbestätigungen beilegen (Bitte als Beilage Nr. 5 nummerieren)

**5. Kantonale Prüfung:** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

Kanton Datum

 **Kantonale Bewilligung zur Berufsausübung:** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

Kanton Datum

☞ Falls ja: Kopie der kant. Berufsbewilligung und Verfügung beilegen (Bitte als Beilage Nr. 6, nummerieren)

**6. Registrierung (EMR, ASCA, SPAK, etc.)** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein ZSR-Nr**

☞ Falls ja: Kopie Ihrer aktuellen Registration beilegen (Bitte als Beilage Nr. 7 nummerieren)

**7. Kommentare / Ergänzungen zu den Punkten 1-9**

# C. WEITERBILDUNG

**Die Aufnahmekommission behält sich vor Weiterbildungsnachweise nachzufordern, falls Ausbildungsstunden fehlen.**

# D. PRAXISTÄTIGKEIT

**1. Praxiserfahrung:** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

**[ ]  selbständig** seit:       Pensum:       **oder**

**[ ]  angestellt** seit:       Pensum:

**2. Praxis / Räume**

 **Wurde bereits eine offizielle Praxisinspektion durchgeführt?** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

Inspektion durchgeführt durch:       Inspektionsdatum:

☞ Falls ja: Kopie Inspektionsbericht beilegen (Bitte als Beilage Nr. 8 nummerieren)

**3. Haben Sie eine Berufshaftpflichtversicherung?** **[ ]  Ja** **[ ]  Nein**

☞ Falls ja: Bestätigung beilegen (Bitte als Beilage Nr. 9 nummerieren)

# E. STRAFREGISTERAUSZUG

Dem Aufnahmegesuch ist ein aktueller (nicht älter als 6 Monate) Auszug aus dem nationalen Strafregister beizulegen.

# F. AUFNAHMEGEBÜHR

Die Gebühr für das Aufnahmeverfahren beträgt 250.– CHF und ist vor der Einreichung des Antrages einzuzahlen.
Die weiteren Gebühren können dem aktuellen Gebührenreglement auf der SVANAH-Webseite entnommen werden.

Einzahlungen auf: Svanah Postkonto 40-9804-7 (IBAN: CH02 0900 0000 4000 9804 7)

☞ Die Quittungskopie der Einzahlung der Aufnahmegebühr beilegen (Bitte als Beilage Nr.10 nummerieren)

# G. BEILAGEN

**Checkliste Beilagen:**

**[ ]**  Beilage Nr. 1 - Kopie der Berufsabschlüsse

**[ ]**  Beilage Nr. 2 - Kopie Bestätigung der medizinischen Zusatzausbildung

**[ ]**  Beilage Nr. 3 - Kopie Gesamtabschluss

**[ ]**  Beilage Nr. 4 - Kopie der Fach-/Modulabschlüsse

**[ ]**  Beilage Nr. 5 - Kopien der Praktikumsbestätigungen

**[ ]**  Beilage Nr. 6 - Kopie einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung oder Verfügung

**[ ]**  Beilage Nr. 7 - Kopie Ihrer aktuellen Registration

**[ ]**  Beilage Nr. 8 - Kopie (bereits vorhandener) Inspektionsbericht beilegen

**[ ]**  Beilage Nr. 9 - Bestätigung Berufshaftpflichtversicherung

**[ ]**  Beilage Nr. 10 - Strafregisterauszug (nicht älter als 6 Monate)

**[ ]**  Beilage Nr. 11 - Kopie Quittung Einzahlung Aufnahmegebühr

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und sämtlicher eingereichter Unterlagen und Kopien. Ich bin mit den SVANAH- Mitgliedschaftsbedingungen einverstanden. Ich habe die Dokumentation, insbesondere den Inhalt und die Verbindlichkeit der Statuten, des Leitbildes und der Standesregeln (Berufsethik) zur Kenntnis genommen.

Ohne gegenteilige, schriftliche Benachrichtigung an das Sekretariat bin ich damit einverstanden, dass SVANAH meine Personaldaten, meine Adresse und meine Therapieformen an Versicherungsgesellschaften, Registrationsstellen (EMR, ASCA, usw.) oder an ausgewählte Interessengruppen weitergibt und im Internet publiziert. Alle übrigen Daten und Dokumente werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Ich bin einverstanden, dass SVANAH weitere Angaben und Unterlagen einfordern kann.

Die Korrespondenz erfolgt ausschliesslich mit dem Antragsteller. Eine Vertretung durch Drittpersonen ist nicht möglich.

☞ Das digital ausgefüllte und unterzeichnete **Formular** zusammen mit den Belegkopien (als pdf-Datei) an SVANAH-Sekretariat (info@svanah.ch) senden.

Ort, Datum Unterschrift