

## Anmeldeformular für die Anerkennung „Weiterbildungsstätte Sportmedizin SEMS“

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus!

### Allgemeines

Praxisname:	Inhaber:
Strasse/Nr:	PLZ/Ort:
Tel Nr:	Fax Nr:
e-Mail:	Natel:
Evtl Website:	

### Leiter der Weiterbildungsstätte:

Name:	Vorname:
Anrede/Titel:	PLZ/Ort:
FMH Titel/seit:	SEMS IS/seit:
Weitere Diplome/Abschlüsse:	Eigene sportl. Aktivitäten:
Tätigkeiten in Sportverbänden/(seit?):	Tätigkeiten im Klub-/Vereinsport (seit?):
Motivation für Lehrtätigkeit:	

### Personelles der Weiterbildungsstätte/Weitere Aerzte/Aerztinnen

Name/Vorname:	FMH Titel/seit:
SEMS IS/seit:	Weitere Diplome/Abschlüsse:
Tätigkeiten in Sportverbänden/(seit?):	Tätigkeiten im Klub-/Vereinsport (seit?):





### Infrastruktur der Weiterbildungsstätte/Praxis

Grösse der Praxis in m <sup>2</sup> :	Anzahl Sprechzimmer:
Eigenes Labor (Kurzbeschreibung):	Eigenes Rx:
Eigener Ultraschall:	Belastungs EKG:
Evtl. Leistungsdiagnostik Ausdauer/Kraft (wenn ja, welche Protokolle?)	
Weiteres?	

### Praxisausrichtung / Patientengut

Hauptfokus der Praxis:	Anteil sportmedizinischer Tätigkeit in %:
Welche Sportarten sind vertreten?	Möglichkeit zur Betreuung von Sportveranstaltungen? Welche?
Zusammenarbeit mit weitergehender Bildung (MRI/CT ) Verfügbarkeit?	
Zusammenarbeit mit Physio (Kurzbeschreibung)?	
Zusammenarbeit mit (Sport)ernährungsberatung (Kurzbeschreibung)?	
Zusammenarbeit Leistungsdiagnostik (Kurzbeschreibung)?	

### Teaching/Vor- und Nachteile der Weiterbildungsstätte

Welche Formen des Teachings sind vorgesehen? Wie häufig? Wie lange?
Vorteile der Weiterbildungsstätte?
Nachteile der Weiterbildungsstätte?
Allfällige Zusatzinformationen?