

# Anmeldeformular

## Prüfung zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Abhängigkeitserkrankungen und Halbtagsveranstaltung zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Abhängigkeitserkrankungen

### 1. Kontaktinformationen des Kandidaten

Anrede:

Vorname:

Nachname:

GLN-Nr.:

Geburtstag:

(Tag/Monat/Jahr)

### ***Postanschrift für die Zusendung der Rechnung und des Diploms:***

Spital / Klinik / Institut usw.:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

### **Wahlsprache für die Prüfung:**

Französisch

Deutsch

Italien

### 2. Voraussetzungen für die Zulassung zur Prüfung

- Ich habe mindestens ein Jahr Praxis im Bereich Abhängigkeitserkrankungen:

Ja

Nein

Falls ja:

von

bis

(Tag/Monat/Jahr)

Falls nein: Wann haben Sie Ihre Praxisjahr angefangen?

(Tag/Monat/Jahr)

- Ich habe mindestens 50 Patienten für Abhängigkeitserkrankungen aktiv betreut:

Ja

Nein

- Ich habe mein Praxisjahr in einer von der SSAM anerkannten Einrichtung für die Weiterbildungsstätte in Abhängigkeitserkrankungen absolviert:

Ja       Nein

Spital / Klinik / Institut usw.:

Leiter der Weiterbildungsstätte:

- Ich werde der **Swiss Addiction Training Day** teilgenommen, die am selben Tag wie die Prüfung stattfindet, und falls notwendig habe Ich die Zustimmung meiner Vorgesetzten eingeholt:

Ja       Nein

- Ich habe die Prüfungsgebühr von CHF 300 zur Kenntnis genommen:

Ja       Nein

### 3. Zulassungsdossier

Ich bestätige, dass ich alle folgenden Unterlagen an das SSAM – Sekretariat für die Fähigkeitsprogramm Abhängigkeitserkrankungen gesendet habe (Adresse unten):

- Anmeldeformular für die Prüfung und die Halbtagsveranstaltung zur Erlangung des Fähigkeitsausweises Abhängigkeitserkrankungen (SSAM)
- Eidgenössisches oder durch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) anerkanntes ausländisches Arztdiplom
- Geburtstag
- GLN-Nr.
- Lebenslauf
- Nachweis der klinischen Tätigkeit im Bereich Abhängigkeitserkrankungen
- SIWF Logbuch

### 4. Kontakt

Sekretariat SSAM - Fähigkeitsausweis Abhängigkeitserkrankungen  
Catherine Burdet  
Service de médecine des addictions  
Rue du Bugnon 23A  
1011 Lausanne  
[ssam\\_cfc@chuv.ch](mailto:ssam_cfc@chuv.ch)



Datum:

Unterschrift: