**Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute**

Vorname und Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geb.-Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Titel FMH Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Mail Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* **Ich führe eine eigene Praxis seit** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
* **Ich bin Inhaber/in folgender Fertigkeitsausweise für Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute**

Typ I ⎜ Typ II ⎜  Typ III ⎜  Typ IV ⎜  Typ V.1 ⎜  Typ V.2 ⎜ Typ VI

* **Ich verfüge über folgende Laserinstrumente in meiner Praxis**

Alma IDAS LBO: Nd: YVO4, frequenzverdoppelt

eCO2 TM Lutronic ablativ und fraktionierter Modus

LightSheer DUET-Diodenlaser

Helios III LASEROPTEK fractional Q-switched Nd: YAG-Laser

* **Anzahl Laserbehandlungen pro Jahr**

50 bis 100

100 bis 200

mehr als 200

* **Ich kann für folgende Typen des Fertigkeitsausweises ein Praktikum anbieten**

Typ I ⎜ Typ II ⎜  Typ III ⎜  Typ IV ⎜  Typ V.1 ⎜  Typ V.2 ⎜ Typ VI

* **Ich bin Mitglied der folgenden Fachgesellschaft(en)**

SGDV

SGML

EADV

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben**

Ort und Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Name, Unterschrift und Praxisstempel*

**Bitte senden Sie Ihren Antrag an:**

SSDV – SGDV, Dalmazirain 11, 3005 Bern oder an [info@derma.ch](mailto:info@derma.ch)

**Prüfung des Antrags durch die SGDV**

Dem Antrag wird stattgegeben.

Der Antrag wird von der SGDV abgelehnt.

Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort und Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Visum und Stempel der SGDV*

***SGDV intern***

*Weitergeleitet an die Laserkommission*

*Antragsteller über Entscheid orientiert*

**Anerkennung des Antrags durch die Laserkommission FMCH**

Typ I ⎜ Typ II ⎜  Typ III ⎜  Typ IV ⎜  Typ V.1 ⎜  Typ V.2 ⎜ Typ VI

Ort und Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

*Visum und Stempel der Laserkommission*