

Die Anerkennung wird gewünscht ab:

(Rückwirkende Anerkennung nicht möglich)

1. Quartal (Jan.-März) 2. Quartal (April-Juni)
 3. Quartal (Juli-Sept.) 4. Quartal (Okt.-Dez.) 2012 2013

Sind Sie bereits Mitglied der Stiftung ASCA? JA NEIN

Sind Sie Mitglied von anderen Organisationen? JA NEIN

Wenn ja, von welcher: (Bestätigung beilegen)

Haben Sie ein Diplom einer Ausbildung eines eidgenössisch anerkannten Gesundheitsberufes?

JA NEIN

Wenn ja, von welcher Ausbildung: (Bestätigung beilegen)

Praxisadresse (wird im Internet veröffentlicht)

Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Italienisch
Name der Gesellschaft, der Praxis oder des Zentrums			
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Doktor
Name		Vorname	
Adresse :			
PLZ:		Ort :	
Kanton :	-bitte wählen-	Land :	
Tel. :		Telefax :	
		Mobile :	
E-mail :		Internet-Seite :	

Privatadresse (wird nicht im Internet veröffentlicht)

Adresse :			
PLZ :		Ort :	
Kanton :	-bitte wählen-	Land :	
Tel :		Mobile :	
E-mail :		Geburtsdatum :	
Nationalität	<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> EU	<input type="checkbox"/> Andere

Korrespondenzadresse (falls andere als Praxisadresse – wird nicht im Internet veröffentlicht)

Adresse :			
PLZ :		Ort :	
Kanton :	-bitte wählen-	Land :	

Ausbildung Stufe 1

Haben Sie die Basisausbildung der 1. Stufe (Anatomie – Physiologie Pathologie) die Sie abgeschlossen haben, in einer ASCA anerkannten Schule durchlaufen? JA NEIN

Wenn ja, in welcher : Anzahl Stunden :

Falls Ihre Antwort **NEIN** ist, würden Sie eine Fachprüfung ablegen? JA NEIN

Für welche Methode der Stufe 2 möchten Sie anerkannt werden ?

Methode Stufe 2	Anzahl Stunden	Name der Schule	Schule ASCA anerkannt?	Datum Diplom
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
			JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	

Falls die Schule nicht ASCA anerkannt ist, würden Sie eine Fachprüfung ablegen? JA NEIN

Ausbildung Stufe 3

Haben Sie die Ausbildung der Stufe 3 mit Diplom (Anatomie, Physiologie, Pathologie, Gesundheitsuntersuchung, Anamnese) in einer « ASCA »-anerkannten Schule durchlaufen? JA NEIN

Wenn ja in welcher :Anzahl Stunden :

Falls Ihre Antwort **Nein** ist, würden Sie eine Fachprüfung ablegen? JA NEIN

Erforderliche Dokumente

- Der vorliegende ordnungsgemäss ausgefüllte Antrag
- Alle Zertifikate und Diplome sowie detailliertes Ausbildungsprogramm
- Strafregisterauszug (nicht älter als 6 Monate)

Für meine Anerkennung der Stiftung ASCA bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass alle oben stehenden Angaben genau sind und der Wahrheit entsprechen. Ausserdem bestätige ich die Echtheit der von mir eingesandten Dokumente und dass ich alle erwähnte Punkte der Allgemeinen Konditionen (AG), des Ausführungsreglements (AR), sowie der Methoden-Liste (ML) zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiert habe.

Unterschrift

Ort und Datum:

.....
Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie uns, Ihre Daten den uns angeschlossenen Versicherern weiterzuleiten.

Die Bestätigung Ihrer Anerkennung wird Ihnen bei Akzeptanz in 2 bis 4 Wochen zugestellt.

Bitte freilassen. Reserviert für die Stiftung ASCA

Gesundheitsmethode	Genehmigt	Verantwortlicher/-in
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	