

**Antrag Fähigkeitsausweis ERCP (Formular 1)**

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ / Ort</b>	
<b>Email</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Weiterbildungsperiode von / bis</b>	
<b>Anstellung als</b>	
<b>Weiterbildungsstätte</b>	
<b>Leiter</b>	
<b>Facharzttitel + Datum</b>	
<b>Mitglied SGG/SSG</b>	Ja                      Nein
<b>GLN</b>	
<b>FA Strahlenschutz in der Gastroenterologie</b> Kopie FA beilegen	Ja                      Nein

**I. Durch die Kandidatin / den Kandidaten durchgeführte Untersuchungen**

	Anzahl		
	Jahr	Jahr	Jahr
ERCP's (total mind. 100)			
- Davon mit Papillotomien (total mind. 50)			
Steinentfernungen (total mind. 25)			
Drainagen (total mind. 25):			
- Selbst-expandierende Metall-Stents			
- Plastik-Endoprothesen			
- Pig-Tail-Katheter			
- Nasobiliäre Sonden			
Andere Eingriffe			

<b>Ort, Datum</b>	
<b>Unterschrift Kandidat:in</b>	
<b>Ort, Datum</b>	
<b>Unterschrift Leiter:in</b>	

Bitte vollständige Liste der im Rahmen der Weiterbildung durchgeführten Untersuchungen beilegen (Formular 4).

Bitte einsenden an:

**Geschäftsstelle SGGSSG**  
 c/o gkaufmann Verbandsmanagement  
 Wattenwylweg 21  
 3006 Bern  
[office@sggssg.ch](mailto:office@sggssg.ch)