**Antragsformular für die Vergabe von physioswiss-Punkten bei Weiterbildungen – EN BLOC**

**Weiterbildung**

Titel

Durchführungsdatum  Ort

Fachbereich  Allgemeine Physiotherapie  Innere Organe und Gefässe

Muskuloskelettal  Pädiatrie

Neuromotorik und Sensorik  Geriatrie

Andere

Effektive Dauer der Fortbildung (ohne Kaffee-und Mittagspause)

Beantragte Anzahl physioswiss-Punkte *1 physioswiss-Punkt entspricht 60 Minuten*

**Antragsteller/in**

Organisation

Name

Die ***durchführende*** Organisation ist Mitglied physioswiss Ja  Nein

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Kontaktadresse**

Name/Vorname

Institution

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterien für die Vergabe von physioswiss-Punkten** | **Ja** | **Nein** |
| 1. **Der Veranstalter ist**    1. als PhysiotherapeutIn oder schulmedizinische Fachperson in einer Privat praxis oder in einer Klinik tätig    2. eine Organisation, unter Erfüllung folgender Bedingungen:  * im anerkannten schulmedizinischen Bereich tätig * die ReferentInnen verfügen über eine anerkannte medizinische Ausbildung   1.2.1 Name der Organisation |  |  |
| 1. **Der Inhalt**   2a ist praxisrelevant und steht in direktem Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs als PhysiotherapeutIn  2b umfasst maximal 20 Lektionen  2c ist vom Veranstalter/der Organisation bestimmt und die ReferentInnen sowie der Ablauf sind von Sponsoren unabhängig |  |  |
| 1. **Sponsoring**   3.1 Die Veranstaltung wird durch Sponsoren unterstützt  3a Es handelt sich um mehrere Sponsoren, kein Monosponsoring  3b Zwischen Veranstalter und den Sponsoren besteht eine schriftliche Vereinba- rung |  |  |

**Auflistung der einzelnen Weiterbildungen**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Dauer** | **Anzahl Punkte** | **Thema** | **Fachbereich** | **Referent/in** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Anzahl Bildungsveranstaltungen

Der/die Antragstellende bestätigt, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

**Ort/Datum      Unterschrift des/der Antragstellenden**

**Einsenden an:**

[**info@physioswiss.ch**](mailto:info@physioswiss.ch)

**Tel. 041 926 69 69**

**Beilagen:**

* **Detailprogramm**
* **Angaben zu den ReferentInnen (falls nicht aus dem Programm ersichtlich)**