**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 **[x]**

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

**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 PhysiotherapeutIn2b umfasst maximal 20 Lektionen2c 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 unterstützt3a Es handelt sich um mehrere Sponsoren, kein Monosponsoring3b 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**

**Tel. 041 926 69 69**

**Beilagen:**

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