**physioswiss-Label**

**Antrag Zertifizierung**

**Institution**

Kontaktperson

Strasse

PLZ / Ort       /

Land

Telefon / E-Mail       /

**Die Institution ist EduQua-zertifiziert**

Registernummer/Version

Zertifikat gültig bis

**Titel Weiterbildungskurs**

**Kurzbeschreibung** <max. 4 Zeilen>

**Anzahl Lektionen Kontaktunterricht**       Lektionen

**Verhältnis Theorie / Praxis**   % Theorie /   % Praxis

**Fachbereich** (Mehrfachnennungen möglich)

Informationen zur Einteilung finden Sie via Links Titel Fachbereiche.

|  |  |
| --- | --- |
| [Allgemeine Physiotherapie (AP)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_AP_D.pdf) | [Allgemeine Physiotherapie mit Schwerpunkt Psychosomatik (PSS)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_AP_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Innere Organe und Gefässe (IOG)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_IOG_D.pdf) | [Muskuloskelettal (MSK)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_MSK_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Pädiatrie](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_Paediatrie_D.pdf) | [Neuromotorik und Sensorik (NMS)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_NMS_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Geriatrie](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_Geriatrie_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |

**Bemerkungen**

Mitglied physioswiss: Ja 🞏\* Nein 🞏

\*Die Antrag stellende Person oder ein Dozent muss Mitglied sein.

Der/die Antragsstellende bestätigt, jegliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort/Datum       Unterschrift

Einsenden an: physioswiss, Centralstrasse 8b, CH-6210 Sursee / info@physioswiss.ch.

**Beilagen**

- Programm Weiterbildung

- Kopie eduQua-Zertifikat

- Lebenslauf jedes Dozierenden

- Nachweis fachliche Qualifikationen jedes Dozierenden

*Prüfungsresultat………………………….……………………………………………………………………………………*

*Datum/Visum ……….……………………*