**Antragsformular für die Vergabe von Physioswiss-Punkten für Weiterbildungen in Serie**

**Weiterbildung**

**Titel**

**Durchführungsdatum       Ort**

**Fachbereich** [ ] Allgemeine Physiotherapie [ ] Innere Organe und Gefässe

 [ ] Muskuloskelettal [ ] Pädiatrie

 [ ] Neuromotorik und Sensorik [ ] Geriatrie

 [ ] Andere

Effektive Dauer der Fortbildung (ohne Pausen):

Beantragte Anzahl Physioswiss-Punkte:
*1 Physioswiss-Punkt entspricht 60min*

**AntragsstellerIn**

Organisation

Name

Die durchführende Organisation ist Mitglied von Physioswiss Ja [ ]  Nein [ ]

Der/die leitende PhysiotherapeutIn ist Mitglied von Physioswiss Ja [ ]  Nein [ ]

Mitgliedernummer Physioswiss

**Kontaktadresse**

Name/Vorname

Institution

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterien für die Vergabe von Physioswiss-Punkten** | **Ja** | **Nein** |
| 1. **Der Veranstalter ist**
* Als PhysiotherapeutIn oder schulmedizinische Fachperson tätig
* Eine Organisation, die folgende Bedingungen erfüllt:
	+ Sie ist im anerkannten Schulmedizinischen Bereich tätig
	+ Die ReferentInnen verfügen über eine anerkannte medizinische Ausbildung
* Name der Organisation:
 | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |
| 1. **Der Inhalt der Veranstaltung**
* Ist praxisrelevant und steht in direktem Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs Physiotherapie
* Umfasst maximal 20 Lektionen
* Ist vom Veranstalter oder der Organisation definiert und von Sponsoren unabhängig
 | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |
| 1. **Sponsoring**
* Der/die ReferentIn ist von Sponsoren unabhängig
* Es sind mehrere Sponsoren vorhanden (kein Monosponsoring)
* Zwischen Veranstalter und den Sponsoren besteht eine schriftliche Vereinbarung
 | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dauer** | **Anzahl Punkte** | **Thema** | **Fachbereich** | **ReferentIn** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

**Ort/Datum Unterschrift AntragstellerIn**

Einsenden an:
info@physioswiss.ch
Tel: 041 926 69 69

Beilagen:

* Detailprogramm der Veranstaltung

Angaben zu den ReferentInnen (falls nicht aus dem