



ANMELDUNG ZUR FACHARZTPRÜFUNG IN ALLERGOLOGIE UND KLINISCHER IMMUNOLOGIE

Anmeldung zur:

- Schriftlichen Facharztprüfung
- Mündlichen Facharztprüfung

(Es ist möglich beide Prüfungen im selben Jahr zu absolvieren)

Falls Sie die schriftliche Prüfung bereits absolviert haben, geben Sie uns bitte das Prüfungsdatum _____ als auch den Ort _____ des Examens an.

Personalien

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM
-------------	----------------	---------------------

PRIVATADRESSE	PLZ/ORT
----------------------	----------------

NAME DER INSTITUTION	ABT.
-----------------------------	-------------

GESCHÄFTSADRESSE	PLZ/ORT
-------------------------	----------------

TEL.G	TEL.P	FAX	E-MAIL
--------------	--------------	------------	---------------

STAATSEXAMEN	DATUM	ORT
---------------------	--------------	------------

BEREITS ERWORBENE FMH-TITEL	
TITEL	JAHR
TITEL	JAHR

WEITERBILDUNG IN ALLERGOLOGIE + KLINISCHER IMMUNOLOGIE	VON		BIS	
	DATUM	JAHR	DATUM	JAHR
ORT				
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				



PUBLIKATIONEN AUF DEM GEBIETE DER ALLERGOLOGIE UND KLINISCHEN IMMUNOLOGIE

PRÜFUNGSSPRACHE	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> französisch
------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Durch die Unterschrift bestätigt die Kandidatin resp. der Kandidat, das relevante Weiterbildungsprogramm gelesen und verstanden zu haben, insbesondere Punkt 4.5.1 "Zeitpunkt der Prüfung: Es wird empfohlen, die Facharztprüfung frühestens im letzten Jahr der reglementarischen Weiterbildung abzulegen". Bei Kandidatinnen resp. Kandidaten, die sich früher anmelden und deshalb ungenügende Erfahrung in Allergologie und/oder klinischer Immunologie haben, behält sich die zuständige Prüfungskommission das Recht vor, sie aufgrund ihrer ungenügenden Kenntnisse und unter Bezugnahme auf diesen Punkt als ungenügend zu bewerten. Die Voraussetzung zur Zulassung an die Facharztprüfung *Allergologie und klinische Immunologie* basiert auf dem aktuellen Weiterbildungsprogramm und muss durch die zuständige Prüfungskommission (Prof. Dr. Onur Boyman) bestätigt werden.

ORT + DATUM:	UNTERSCHRIFT:
---------------------	----------------------

BEILAGE: CURRICULUM

Bitte senden an:
SGAI, Scheibenstr. 20 3014Bern
Telefon 031 359 90 91
E-mail: office@ssai.ch