

Formulario di registrazione A

**Per metodi o gruppi di metodi di medicina empirica secondo il documento
«Liste des Méthodes RME», sezione A**

Numero RME	<input type="text"/>
Ricevuta	<input type="text"/>

(compilato dal RME)

Spiegazioni per la compilazione del formulario di registrazione

Le condizioni per una registrazione presso il RME sono definite nel Regolamento del RME. Le consigliamo quindi, di leggere attentamente i documenti successivi prima di compilare il formulario di registrazione:

- «Conditions Générales» (CG)/(Condizioni generali di contratto)
- «Conditions d'Enregistrement» (CE)/(Condizioni di registrazione)
- «Liste des Méthodes» (LM)/(Lista dei metodi)
- «Directives»/(Direttive complementari vigenti per certi metodi)
- «Code de Déontologie»/(Codice deontologico)

Il regolamento completo del RME si trova su Internet sul sito: www.rme.ch > **Enregistrement**

La preghiamo di stampare il formulario di registrazione, di compilarlo interamente in modo chiaro e leggibile e di firmare sull'ultima pagina.

Prepari le fotocopie dei documenti successivi:

- Attestati di formazione (Diploma/certificato e l'attestazione della formazione)
- L'estratto del casellario giudiziale (rilasciato non più di sei mesi prima)

Si prega di inviare la domanda di registrazione per posta all'indirizzo che segue:

Registro di Medicina Empirica RME
Casella postale 121
4009 Basilea

La preghiamo di inviare esclusivamente formulari di registrazione compilati interamente con tutti gli allegati richiesti. In questo modo evita eccessivi sforzi e tempi di trattamento allungati.

Molte informazioni riguardo il RME si trovano sul sito Web www.rme.ch. Se oltretutto avesse bisogno di aiuto per la compilazione del formulario di registrazione, non esiti chiamarci, saremo pronti ad aiutare: Hotline 0842 30 40 50, dal lunedì al venerdì, dalle ore 14 alle ore 16 (Tariffa locale).

Tutte le designazioni usate per persone su questo formulario di registrazione si riferiscono a persone di ambo i sessi.

1. Dati personali

1.1 **Lingua desiderata per la corrispondenza** Tedesco Francese

1.2 **Informazioni personali**

Appellativo Signora Signore

Cognome Nome

Data di nascita Nazionalità

GLN (Global Location Number, in passato EAN; compilare solo se presente)

1.3 **Indirizzo dell'ambulatorio**

Nome dell'ambulatorio

Via, n° civico

CAP, località

Cantone/nazione Casella postale

Telefono Cellulare

Sito Internet dell'ambulatorio

1.4 **Indirizzo privato**

Via, n° civico

CAP, località

Cantone/nazione Casella postale

Telefono Cellulare

1.5 **Indirizzo e-Mail**

Il RME invia informazioni importanti anche via e-mail. Si prega quindi di indicare l'indirizzo e-mail valido, con il quale è possibile raggiungerla personalmente.

1.6 **Quale indirizzo desidera che venga utilizzato dal RME per il carteggio (indirizzo di corrispondenza)?**

Indirizzo ambulatorio Indirizzo privato

1.7 **Quale indirizzo desidera che venga trasmesso alle casse malati (indirizzo di esportazione)?**

Indirizzo ambulatorio Indirizzo privato

2. Metodo/gruppo di metodi

Nella sezione A della «Liste des Méthodes RME» sono elencati tutti i metodi e gruppi di metodi per i quali ci si può registrare presso il RME.



Informazioni importanti

Per alcuni metodi e gruppi di metodi vanno notate le singole condizioni e restrizioni. Quest'ultime sono elencate nella colonna nominata «Légendes» della «Liste des Méthodes RME».

Per diversi metodi/gruppo di metodi valgono le direttive complementari applicabili per la registrazione. I metodi/gruppi di metodi interessati sono elencati al punto 4.3 delle condizioni di registrazione.

Le direttive complementari applicabili per questi metodi e le condizioni di registrazione sono reperibili sul sito web del RME:
www.rme.ch > **Enregistrement** > **Règlement**

2.1

Per quale metodo o gruppo di metodi desidera effettuare una registrazione?

Indichi la denominazione esatta corrispondente al metodo o gruppo di metodi secondo il documento «Liste des Méthodes RME», nella Sezione A. Annoti anche il numero attribuito al suo metodo o al suo gruppo di metodi nella sezione A della «Liste des Méthodes RME».

Metodo/Gruppo di metodi

Numero



Informazione importante

Nel caso desiderasse farsi registrare per più di un metodo/gruppo di metodi, La preghiamo di fotocopiare le pagine **C** a **E**. Compili queste pagine per ogni metodo/gruppo di metodi che vuole registrare trascrivendo su ogni pagina, in alto, il numero del metodo in questione.

2.2

Sottometodi afferenti ai gruppi di metodi

Queste caselle sono da compilare unicamente nel caso in cui viene fatta la domanda di registrazione per uno dei gruppi di metodi seguenti:

- Nr. 22 Ayurveda
- Nr. 131 Naturopatia MN (medicina naturale)
- Nr. 185 Medicina Tradizionale Cinese MTC

La preghiamo di completare le caselle seguenti con i sottometodi obbligatori e i sottometodi opzionali possibili (a pagamento). In relazione a ciò, troverà le informazioni necessarie nelle direttive complementari oppure nella «Liste des Méthodes RME». Indichi la denominazione esatta del metodo e il numero corrispondente presenti sulla lista dei metodi nella sezione A.

Sottometodo

Numero

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

3. Formazione

Concerne il metodo/gruppo di metodi n°

Per la registrazione presso il RME sarà verificato, se la sua formazione corrisponde alle direttive stabilite nel regolamento del RME.

3.1

Presso quale offerente di formazione ha svolto e concluso il percorso di formazione per il metodo richiesto?

Nome della scuola

Via, n° civico

CAP, località

Nazione

Sito web

3.2

Attestazione della formazione



Allegare i documenti

Il RME richiede un'attestazione della formazione dettagliata per il metodo/gruppo di metodi per il quale si vuole registrare. Alleghi quindi alla sua domanda di registrazione una fotocopia del suo diploma/certificato, nonché una fotocopia dell'attestazione del percorso formativo. Si accerti che sui documenti rilasciati ci siano i dati richiesti, come elencati in seguito. Si accerti anche, che siano attestate le ore richieste per la medicina empirica e per la medicina accademica secondo la lista dei metodi del RME.

Il diploma/certificato deve contenere le indicazioni seguenti:

- Titolo della formazione
- Cognome e nome del terapeuta
- Data di rilascio del diploma/certificato
- Nome e luogo dell'offerente di formazione
- Nome, funzione e firma dell'offerente di formazione

L'attestazione della formazione dell'offerente di formazione deve contenere le indicazioni seguenti:

- Titolo della formazione
- Cognome e nome del terapeuta
- Durata del percorso formativo (mm.aaaa/mm.aaaa)
- Data dell'esame
- Data di rilascio dell'attestazione della formazione
- Elenco delle materie e i rispettivi contenuti con l'indicazione delle rispettive ore d'insegnamento
- Nome e indirizzo dell'offerente di formazione
- Nome, funzione e firma della dell'offerente di formazione



Informazione importante

I diplomi esteri e le rispettive attestazioni di formazioni (all'infuori del francese, italiano e inglese) devono essere inoltrati al RME fotocopie autenticate con atto notarile. Inoltre il diploma e l'attestazione di formazione come anche tutti i documenti a essi correlati vanno presentati al RME con le traduzioni in tedesco o in francese. La traduzione deve essere eseguita da un istituto di traduzione in Svizzera.

3.3

Ha svolto una formazione in medicina accademica in un percorso formativo che non corrisponde a quello indicato nel punto 3.1 e 3.2?

Sì

No

Se sì, indichi l'offerente di formazione in questione

Nome dell'istituto d'istruzione

Via, n° civico

CAP, località

Nazione

Sito Web



Allegare i documenti

Si prega di allegare anche i documenti della formazione in medicina accademica (come richiesti nel punto 3.2).

Concerne il metodo/gruppo di metodi n°

3.4**Dispone di un diploma per una delle professioni elencate in seguito?**

Sì No

**Allegare i documenti**

Se sì, segni con una crocetta il Suo titolo professionale e alleggi a questa domanda una fotocopia del diploma/certificato corrispondente.

Se dispone di un diploma per una delle professioni sanitarie regolamentate in Svizzera, elencate in seguito, le sarà accreditato un forfait di 600 ore:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arte terapeuta DF (incl. Certificato settoriale Oml Artecurea) | <input type="checkbox"/> Naturopata con diploma federale (incl. Certificato Oml MA) |
| <input type="checkbox"/> Chiropratica/Chiropratico | <input type="checkbox"/> Nutrizione e Dietetica BSc |
| <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Podologa/Podologo dipl. SSS |
| <input type="checkbox"/> Droghiera/Droghiere dipl. SSS | <input type="checkbox"/> Dipl. in terapia psicomotoria. CDPE / psicomotricità BA |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapista BSc | <input type="checkbox"/> Ortottista dipl. SSS |
| <input type="checkbox"/> Farmacista | <input type="checkbox"/> Osteopata con MSc SUP (incl. BSc SUP) / diploma CDS |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista BSc | <input type="checkbox"/> Soccorritrice/Soccorritore dipl. SSS |
| <input type="checkbox"/> Infermiera/Infermiere dipl. SSS/Cure infermieristiche BSc | <input type="checkbox"/> Soccorritrice/Soccorritore ausiliario d'ambulanza APF |
| <input type="checkbox"/> Igienista dentale dipl. SSS | <input type="checkbox"/> Specialista in attivazione (dipl. SSS) |
| <input type="checkbox"/> Levatrice/ostetrica/ostetrico BSc | <input type="checkbox"/> Tecnica/Tecnico di radiologia medica dipl. SSS/ BSc |
| <input type="checkbox"/> Dipl. in Logopedia CDPE / Logopedia BA | <input type="checkbox"/> Tecnica/Tecnico in analisi biomediche dipl. SSS |
| <input type="checkbox"/> Massaggiatrice/Massaggiatore medicale APF | <input type="checkbox"/> Tecnica/Tecnico di sala operatoria dipl. SSS |
| <input type="checkbox"/> Medica/Medico | |

Se dispone di un diploma per una delle professioni sanitarie regolamentate in Svizzera elencate in seguito, le sarà accreditato un forfait di 350 ore:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistente di farmacia AFC (incl. Assistente di farmacia, incluse le formazioni concluse a partire dal 1994) | <input type="checkbox"/> Droghiera/Droghiere AFC (incl. Droghiera/Droghiere) |
| <input type="checkbox"/> Assistente di studio medico AFC (incl. Assistente di studio medico incluse le formazioni concluse a partire dal 1999, Aiuto medico DFMS con autorizzazione a effettuare radiografie) | <input type="checkbox"/> Operatrice/Operatore sociosanitaria/AFC (incl. Operatrice sociosanitaria e Cure Infermieristiche Diploma Livello I, dipl. CRS) |
| | <input type="checkbox"/> Terapista Complementare con diploma federale (incl. Certificato settoriale Oml TC) |

Questa lista è definitiva. Vale la «Liste des Méthodes RME» in allegato 1 con le ulteriori informazioni.

**Informazione importante**

I diplomi esteri, per una delle professioni sanitarie regolamentate in Svizzera elencate sotto il punto 3.4, possono essere soltanto considerati dal momento in cui ne è stata attestata l'equivalenza e riconosciuta da un'autorità o da un'istituzione ufficiale svizzera. Gli indirizzi per gli attestati di equivalenza per diplomi di lingua straniera, sono reperibili sul sito web del RME:

www.rme.ch > **Enregistrement** > **Formulaire d'enregistrement** > **Adresses importantes**

3.5**Dispone delle 250 ore richieste riguardo l'esperienza con i pazienti o di un tirocinio?**

Sì No

Nel caso in cui in ambito della sua formazione avesse svolto un tirocinio, il luogo e la durata devono essere dichiarati sulla Sua attestazione della formazione (vedi 3.2). Nel caso in cui in ambito della sua formazione non avesse svolto un tirocinio, la Sua autocertificazione è valida in quanto conferma di aver acquisito le ore richieste di esperienza con i pazienti dopo aver concluso l'intera formazione (medicina empirica e accademica). Il RME si riserva di eseguire controlli a campione e di richiedere protocolli di trattamento o processi verbali di sedute a riguardo.

4. Estratto del casellario giudiziale



Allegare i documenti

Si prega di allegare alla domanda di registrazione, un estratto del casellario giudiziale svizzero, rilasciato non più di sei mesi prima (Estratto per privati).

Nel caso avesse la residenza all'estero oppure 5 anni prima di porre domanda di registrazione avesse trascorso un periodo all'estero, si prega di rilasciare anche un estratto del casellario giudiziale paragonabile del paese in questione.



Informazione importante

Nel caso in cui fosse già registrato presso il RME, non è necessario allegare un ulteriore estratto del casellario giudiziale. Ciò vale soltanto, se nel frattempo non ci siano state nuove annotazioni riportate nel casellario menzionato. Nel caso contrario, è necessario accludere alla documentazione un estratto del casellario giudiziale attuale.

L'estratto del casellario giudiziale può essere richiesto sul sito web www.strafregister.admin.ch.

5. Assicurazione di responsabilità civile professionale

Con la Sua firma conferma di disporre di un'assicurazione di responsabilità civile professionale con un'adeguata copertura assicurativa in relazione alla Sua attività terapeutica.

6. Codice deontologico del RME

Con la Sua firma conferma di aver letto il codice deontologico del RME e di accettare e rispettare le direttive che vi sono contenute.

7. Firma

Confermo di aver letto, compreso ed accettato il regolamento completo del RME. Con la mia firma confermo l'autenticità di tutti i dati indicati in questa domanda di registrazione e di tutti i documenti da me forniti.

Luogo, Data

Firma

Si prega di verificare di aver allegato alla domanda di registrazione le fotocopie dei documenti seguenti:

- Diploma/certificato
- Attestazione della formazione
- Estratto del casellario giudiziale (rilasciato non più di 6 mesi prima)