

Registrierungsformular A

für erfahrungsmedizinische Methoden oder Methodengruppen gemäss EMR-Methodenliste Abschnitt A

EMR-Nummer	<input type="text"/>
Eingangsstempel	<input type="text"/>

(wird vom EMR ausgefüllt)

Erläuterungen zum Ausfüllen des Registrierungsformulars

Die Bedingungen für eine Registrierung beim EMR sind im EMR-Reglement festgelegt. Wir empfehlen Ihnen deshalb, vor dem Ausfüllen des Registrierungsformulars insbesondere folgende Dokumente zu lesen:

- Allgemeine Geschäftsbedingungen
- Registrierungsbedingungen
- Methodenliste
- Ergänzende Richtlinien für Methoden
- Berufskodex

Sie finden das vollständige EMR-Reglement im Internet unter: www.emr.ch > **Registrierung**

Drucken Sie das Registrierungsformular aus, füllen Sie es vollständig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Legen Sie Kopien von folgenden Unterlagen bei:

- Ausbildungsnachweis (Diplom/Zertifikat und Ausbildungsbestätigung)
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als sechs Monate)

Senden Sie das Registrierungsgesuch per Post an:

ErfahrungsMedizinisches Register EMR
Postfach 121
4009 Basel

Bitte schicken Sie nur vollständig ausgefüllte Registrierungsformulare mit allen geforderten Beilagen ein. Sie vermeiden dadurch zusätzlichen Aufwand und eine längere Bearbeitungszeit.

Viele Informationen rund um das EMR finden Sie auf der Website www.emr.ch. Wenn Sie darüber hinaus Hilfe beim Ausfüllen des Registrierungsformulars benötigen, rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne weiter: Hotline 0842 30 40 50, Montag bis Freitag, 14 bis 16 Uhr (zum Ortstarif).

Alle Personenbezeichnungen in diesem Registrierungsformular sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

1. Personalien

1.1 Gewünschte Korrespondenzsprache Deutsch Französisch

1.2 **Angaben zur Person**

Anrede Frau Herr

Vorname Name

Geburtsdatum Nationalität

GLN (Global Location Number, ehemals EAN; nur eintragen, wenn vorhanden)

1.3 **Adresse Praxis**

Name der Praxis

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kanton/Land Postfach

Telefon Mobile

Praxis-Website

1.4 **Adresse Privat**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kanton/Land Postfach

Telefon Mobile

1.5 **E-Mail-Adresse**

Das EMR verschickt wichtige Informationen auch per E-Mail. Bitte geben Sie deshalb hier eine gültige E-Mail-Adresse an, unter der Sie persönlich zu erreichen sind.

1.6 **Welche Adresse soll das EMR für den Schriftverkehr mit Ihnen verwenden (Korrespondenzadresse)?**

Adresse Praxis Adresse Privat

1.7 **Welche Ihrer Adressen soll an die Krankenversicherer übermittelt werden (Exportadresse)?**

Adresse Praxis Adresse Privat

2. Methode/Methodengruppe

In Abschnitt A der EMR-Methodenliste sind alle Methoden und Methodengruppen aufgeführt, für die Sie sich beim EMR registrieren lassen können.



Wichtige Hinweise

Bei einigen Methoden und Methodengruppen sind bestimmte Vorgaben oder Einschränkungen zu beachten. Diese sind auf der EMR-Methodenliste in der Spalte «Legende» aufgeführt.

Für folgende Methoden/Methodengruppen gelten zusätzlich ergänzende Richtlinien für die Registrierung:

- Nr. 22 Ayurveda
- Nr. 38 Bioresonanztherapie
- Nr. 100 Kinesiologie
- Nr. 131 Naturheilkundliche Praktiken NHP (Naturheilpraktiker)
- Nr. 185 Traditionelle Chinesische Medizin TCM
- Nr. 240 Reflexzonentherapie

Die ergänzenden Richtlinien für diese Methoden können Sie auf der Website des EMR nachlesen:

www.emr.ch > **Registrierung** > **Reglement**

2.1

Für welche Methode oder Methodengruppe möchten Sie sich registrieren?

Verwenden Sie bitte genau die Bezeichnung, die auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A für die Methode/Methodengruppe angegeben ist. Geben Sie ausserdem die Nummer an, die Ihrer Methode/Methodengruppe auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A zugeordnet ist.

Methode/Methodengruppe

Nummer



Wichtiger Hinweis

Wenn Sie sich gleichzeitig für mehrere Methoden oder Methodengruppen registrieren lassen möchten, kopieren Sie bitte die Seiten **C** bis **E** dieses Registrierungsformulars. Füllen Sie diese Seiten für jede Methode respektive Methodengruppe vollständig aus und geben Sie oben auf jeder Seite die Nummer der Methode/Methodengruppe an.

2.2

Untermethoden bei Methodengruppen

Diese Felder brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie sich für eine der folgenden Methodengruppen registrieren lassen möchten:

- Nr. 22 Ayurveda
- Nr. 131 Naturheilkundliche Praktiken NHP (Naturheilpraktiker)
- Nr. 185 Traditionelle Chinesische Medizin TCM

Tragen Sie hier die Bezeichnungen und Nummern der Pflicht-Untermethoden und der möglichen Wahl-Untermethoden (kostenpflichtig) ein. Informationen dazu finden Sie in den ergänzenden Richtlinien für die Registrierung Ihrer Methodengruppe bzw. auf der EMR-Methodenliste.

Verwenden Sie bitte genau die Bezeichnungen und Nummern, die auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A angegeben sind.

Untermethode

Nummer

3. Ausbildungbetrifft Methode/Methodengruppe Nr.

Für die Registrierung beim EMR wird geprüft, ob Ihre Ausbildung den Vorgaben des EMR-Reglements entspricht.

3.1**Bei welchem Bildungsanbieter haben Sie die Ausbildung für die beantragte Methode/Methodengruppe abgeschlossen?**Name des Bildungsanbieters Strasse, Nr. PLZ, Ort Land Website **3.2****Ausbildungsnachweis****Dokumente beilegen**

Das EMR verlangt einen detaillierten Ausbildungsnachweis für die Methode/Methodengruppe, für die Sie sich registrieren möchten. Legen Sie Ihrem Registrierungsgesuch deshalb eine Kopie Ihres Diploms/Zertifikats sowie eine Kopie der Ausbildungsbestätigung bei. Achten Sie darauf, dass die unten geforderten Angaben auf diesen Dokumenten vollständig vorhanden sind und dass die in der EMR-Methodenliste geforderten Stunden für Erfahrungs- und Schulmedizin nachgewiesen sind.

Das Diplom/Zertifikat muss diese Angaben enthalten:

- Bezeichnung der Ausbildung
- Name und Vorname des Therapeuten
- Ausstellungsdatum des Diploms oder Zertifikats
- Name und Adresse des Bildungsanbieters
- Name, Funktion und Unterschrift der Institutionsleitung

Die Ausbildungsbestätigung muss diese Angaben enthalten:

- Bezeichnung der Ausbildung
- Name und Vorname des Therapeuten
- Dauer der Ausbildung (mm.jjjj/mm.jjjj)
- Prüfungsdatum
- Ausstellungsdatum der Ausbildungsbestätigung
- Auflistung der Fächer und der jeweiligen Inhalte, mit Angabe der Lernstunden
- Name und Adresse des Bildungsanbieters
- Name, Funktion und Unterschrift der Institutionsleitung

**Wichtiger Hinweis**

Von fremdsprachigen Diplomen und den entsprechenden Ausbildungsbestätigungen (abgesehen von französischen, italienischen und englischen) muss eine notariell beglaubigte Kopie eingereicht werden. Zudem sind das Diplom, die Ausbildungsbestätigung und alle damit zusammenhängende Unterlagen auf Deutsch oder Französisch übersetzt dem EMR einzureichen. Die Übersetzungen müssen durch ein Übersetzungsinstitut in der Schweiz vorgenommen werden.

3.3**Haben Sie den schulmedizinischen Teil Ihrer Ausbildung in einem anderen Lehrgang als dem in Punkt 3.1 und 3.2 angegebenen absolviert?**
 Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte den entsprechenden Bildungsanbieter an:

Name des Bildungsanbieters Strasse, Nr. PLZ, Ort Land Website **Dokumente beilegen**

Bitte belegen Sie auch diese schulmedizinische Ausbildung mit den entsprechenden Dokumenten (wie unter Punkt 3.2 gefordert).

betrifft Methode/Methodengruppe Nr.

3.4

Verfügen Sie über einen Abschluss in einem der nachstehend aufgeführten Berufe im Gesundheitswesen? Ja Nein**Dokumente beilegen**

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die zutreffende Berufsbezeichnung an und legen Sie Ihrem Gesuch eine Kopie des entsprechenden Diploms/Zertifikats bei.

Wenn Sie einen der folgenden, in der Schweiz reglementierten Berufe im Gesundheitswesen erlernt haben, werden Ihnen pauschal 600 Stunden schulmedizinische Ausbildung angerechnet:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aktivierungsfachfrau/Aktivierungsfachmann dipl. HF | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde dipl. EDK / Logopädie BA FH / Logopädie BA |
| <input type="checkbox"/> Apothekerin/Apotheker | <input type="checkbox"/> Med. Masseurin/Med. Masseur EFA |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt | <input type="checkbox"/> Naturheilpraktikerin/Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom (inkl. Zertifikat OdA AM) |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin/Biomedizinischer Analytiker dipl. HF | <input type="checkbox"/> Orthoptistin/Orthoptist dipl. HF |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktorin/Chiropraktor | <input type="checkbox"/> Osteopathin/Osteopath dipl. GDK / BSc FH |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker dipl. HF | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann dipl. HF / BSc in Pflege FH |
| <input type="checkbox"/> Drogistin/Drogist dipl. HF | <input type="checkbox"/> Physiotherapie BSc FH |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie BSc FH | <input type="checkbox"/> Podologin/Podologe dipl. HF |
| <input type="checkbox"/> Ernährung und Diätetik BSc FH | <input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapeutin/Psychomotoriktherapeut dipl. EDK / Psychomotoriktherapie BA FH |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann med. tech. Radiologie dipl. HF/BSc FH | <input type="checkbox"/> Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter dipl. HF |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann Operationstechnik dipl. HF | <input type="checkbox"/> Transportsanitäterin/Transportsanitäter EFA |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger BSc FH | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt |
| <input type="checkbox"/> KomplementärTherapeutin/KomplementärTherapeut mit eidg. Diplom (inkl. Branchenzertifikat OdA KT) | |
| <input type="checkbox"/> Kunsttherapeutin/Kunsttherapeut dipl. ED | |

Wenn Sie einen der folgenden, in der Schweiz reglementierten Berufe im Gesundheitswesen erlernt haben, werden Ihnen pauschal 350 Stunden schulmedizinische Ausbildung angerechnet:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Drogistin/Drogist EFZ (inkl. Drogist) | <input type="checkbox"/> Med. Praxisassistentin/Med. Praxisassistent EFZ (inkl. Med. Praxisassistent/in ab Abschluss 1999, Arztgehilfin DVSA mit Röntgenberechtigung) |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (inkl. Fachgestellte Gesundheit und Krankenpflege DN I, dipl. SRK) | <input type="checkbox"/> Pharmaassistentin/Pharmaassistent EFZ (inkl. Pharmaassistent/in ab Abschluss 1994) |

Diese Auflistung ist abschliessend. Es gilt die EMR-Methodenliste Anhang 1 mit den zusätzlichen Informationen.

**Wichtiger Hinweis**

Ausländische Diplome für die unter dem Punkt 3.4 genannten Berufe können nur dann vom EMR berücksichtigt werden, wenn das ausländische Diplom von einer offiziellen Schweizer Behörde oder Institution als gleichwertig anerkannt wurde. Adressen für die Anerkennung von ausländischen Diplomen finden Sie auf der EMR-Website unter:

www.emr.ch > Registrierung > Registrierungsformulare > Wichtige Adressen

3.5

Verfügen Sie über die geforderten 250 Stunden Patientenerfahrung und/oder Praktikum? Ja Nein

Falls Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung ein Praktikum absolviert haben, müssen Praktikumsort und Umfang des Praktikums auf Ihrer Ausbildungsbestätigung (siehe Punkt 3.2) ausgewiesen sein.

Wenn Sie während Ihrer Ausbildung kein Praktikum absolviert haben, gilt Ihre Selbstdeklaration als Bestätigung für die Patientenerfahrung nach Abschluss Ihrer gesamten Ausbildung (Erfahrungs- und Schulmedizin). Das EMR behält sich vor, diesbezüglich Stichproben durchzuführen und Behandlungs- oder Sitzungsprotokolle einzufordern.

4. Auszug aus dem Strafregister

**Dokumente beilegen**

Legen Sie dem Registrierungsgesuch einen Auszug aus dem schweizerischen Strafregister bei, der nicht älter als sechs Monate ist (Privatauszug).

Wenn Sie Ihren Wohnsitz im Ausland haben oder während der fünf Jahre vor dem Einreichen des Registrierungsgesuchs teilweise im Ausland hatten, legen Sie bitte zusätzlich einen vergleichbaren Auszug aus dem Strafregister des entsprechenden Landes bei.

**Wichtiger Hinweis**

Der Auszug aus dem Strafregister kann über die Website www.strafregister.admin.ch angefordert werden.

Sollten Sie bereits beim EMR registriert sein, müssen Sie den Auszug aus dem Strafregister nicht erneut beilegen. Dies gilt jedoch nur, wenn in der Zwischenzeit kein neuer Eintrag in das Strafregister erfolgt ist. Sollte dies der Fall sein, muss ein aktueller Strafregisterauszug beigelegt werden.

5. Berufshaftpflichtversicherung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckung für Ihre therapeutische Tätigkeit verfügen.

6. EMR-Berufskodex

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den EMR-Berufskodex gelesen haben und die darin enthaltenen Vorgaben akzeptieren und einhalten.

7. Unterschrift

Ich bestätige hiermit, das vollständige EMR-Reglement gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich weiterhin die Richtigkeit aller Angaben in diesem Registrierungsgesuch und der von mir eingereichten Dokumente.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte prüfen Sie, ob Ihrem Registrierungsgesuch diese Dokumente in Kopie beiliegen:

- Diplom/Zertifikat
- Ausbildungsbestätigung
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 6 Monate)