

Aufnahmeantrag B - Aktivmitgliedschaft ohne AFS anerkanntem Diplom (Jahresbeitrag CHF 350.--)

Einfüllbares, speicherbares PDF Formular (Achtung Firefox Benutzer: Felder können erst nach dem ersten Abspeichern eingefüllt werden) / Falls handschriftlich ausgefüllt, bitte leserlich schreiben!

1. ANGABEN ZUR PERSON / ADRESSE

1.1 Name / Geburtsdatum	
Name	
Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D
Geburtsdatum	
1.2 Privatadresse (Korrespondenzadresse Verband)	
Strasse	
PLZ	
Ort	
Kanton	
1.3 Rechnungsadresse (falls anders als Privatadresse)	
Strasse	
PLZ	
Ort	
Kanton	

1.4 Kommunikation	
Email	
Telefon	
Mobiltelefon	
1.5 Praxisangaben	
Praxis Name	
Praxis Strasse	
Praxis PLZ	
Praxis Ort	
Praxis Tel.	
Praxis Email	
Praxis Webseite	
1.6 Erklärung zur Verwendung meiner Daten	
<p>Ich bin einverstanden, dass meine Praxisdaten (Rubrik 1.5) zu folgenden Zwecken verwendet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Publizierung auf der Therapeutenliste der Verbandswebseite (www.atem-schweiz.ch) ○ Verwendung für den Programm-Jahresversand der Atemausbildungsinstitute (nur Adresse) 	<p>Zutreffendes bitte ankreuzen:</p> <p><input type="checkbox"/> JA</p> <p><input type="checkbox"/> NEIN</p>

2. WEITERE ANGABEN

2.1 Diplome Atemtherapie	
	Zutreffendes bitte ankreuzen/ergänzen:
Diplom Atemtherapie-Ausbildung	<input type="checkbox"/> Jahr: _____ Atemrichtung: _____
Branchenzertifikat OdA KT	<input type="checkbox"/> Jahr: _____
Eidgenössisches Diplom KT, Methode Atemtherapie	<input type="checkbox"/> Jahr: _____
Andere KT Methoden	<input type="checkbox"/> Methode: _____
2.2 So arbeite ich als Atemtherapeut:in?	
	Zutreffendes bitte ankreuzen:
Selbständig in eigener Praxis	<input type="checkbox"/>
In einer Institution	<input type="checkbox"/>
Ich biete Einzelsitzungen an	<input type="checkbox"/>
Ich biete Gruppenkurse an	<input type="checkbox"/>

2.3 Registrierstellen-Anerkennung	
Ich bin von folgenden Registrierstellen für die Methode Atemtherapie anerkannt	Zutreffendes bitte ankreuzen/ergänzen:
EMR	<input type="checkbox"/> Methode 13 <input type="checkbox"/> Methode 4031 BZ <input type="checkbox"/> Methode 403 ED <input type="checkbox"/> Methode 138 <input type="checkbox"/> Andere – bitte präzisieren:
ASCA	<input type="checkbox"/>
EGK	<input type="checkbox"/>
2.4 Berufshaftpflichtversicherung (BHV)	
Ich habe bereits eine Berufshaftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN*
*Der AFS empfiehlt Therapeut:innen eine BHV abzuschliessen. Weitere Informationen dazu siehe http://www.atem-schweiz.ch und/oder per Anfrage an sekretariat@atem-schweiz.ch	
2.5 Einhaltung Ethikrichtlinien / Fort- und Weiterbildungspflicht	
Mir sind die Statuten, die ethischen Richtlinien und das Leitbild des Atemfachverbandes sowie die von der OdA KT anerkannte Methodenidentifikation METID Methode Atemtherapie bekannt. Ich verpflichte mich, diese Prinzipien einzuhalten.	<input type="checkbox"/> JA
Ich bin einverstanden, pro Jahr 20 Stunden Weiterbildung gemäss dem Fort- und Weiterbildungsreglements des Atemfachverbandes Schweiz zu absolvieren.	<input type="checkbox"/> JA

3. DETAILLIERTE ANGABEN ZUR AUSBILDUNG / NACHWEISE

Bitte die Angaben zur Aus- und Weiterbildung ergänzen und dem Antrag die nachfolgenden Unterlagen / Nachweise beilegen (keine Originale):

3.1 Angaben zur Atemtherapie-Ausbildung	
Ausbildungsinstitut mit Adresse und Kontaktangaben	
	Zutreffendes bitte ankreuzen/ergänzen:
Ausbildung in Atemtherapie entsprechend der OdA KT Methodenidentifikation (Atem) mit mindestens 600 Kontaktstunden	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Dauer der Ausbildung	Von _____ bis _____
Diplom Atemtherapie-Ausbildung	<input type="checkbox"/> Jahr: _____
Atemrichtung:	Nachweis-Nr.
Titel, Thema und Datum der Diplomarbeit oder Fallstudie:	

3.2 Nachweise zur Aus- und Weiterbildung		
	Bitte ergänzen/ ankreuzen falls vorhanden/möglich ⬇	Bitte Nachweis- Nr. einfügen ⬇
Ausbildungsnachweis mit detaillierten Stundenangaben über die praktischen und theoretischen Ausbildungsfächer sowie deren Inhalten	Anzahl Kontaktstunden («KST»)	Nr.
Medizinisches Basiswissen (mind. 150 Std.)	Anzahl Kontaktstunden («KST»)	Nr.
Detaillierte Auflistung der Fort- und Weiterbildungsstunden in der Methode Atemtherapie	Anzahl Kontaktstunden («KST»)	Nr.
Detaillierte Auflistung von Aus- und Weiterbildungen in anderen komplementärtherapeutischen Methoden	Anzahl Kontaktstunden («KST»)	Nr.
Umfang Praxistätigkeit in der Methode Atemtherapie	%, seit	Nr.
Umfang Praxistätigkeit andere komplementärtherapeutische Methode	%, seit	Nr.
Beruflicher Werdegang (tabellarisch dargestellt)	Max. 1 A4 Seite	Nr.
Branchendiplom OdA KT	<input type="checkbox"/> Jahr:	Nr.
Branchenzertifikat OdA KT	<input type="checkbox"/> Jahr:	Nr.
Eidgenössisches Diplom KT, Methode:	<input type="checkbox"/> Jahr:	Nr.
Ergänzende Bemerkungen/ Kommentare		

4. BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und akzeptiere die Aufnahmebedingungen gemäss Mitgliedschaftsreglement für die Aufnahme in den Atemfachverband Schweiz AFS.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

5. BEMERKUNGEN

Bitte den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Antrag zusammen mit den Beilagen entweder per Post oder gescannt per Email einsenden.

Postadresse:

Atemfachverband Schweiz
4600 Olten

Email Adresse:

sekretariat@atem-schweiz.ch

Zu beachten: es werden nur vollständig ausgefüllte, mit allen entsprechenden Kopien versehene, Aufnahmeanträge bearbeitet. Unvollständig eingereichte Anträge werden retourniert und für den

6. ÜBERPRÜFUNGSBESCHEID (wird vom AFS ausgefüllt)

Name			
Vorname			
Aufnahme als Aktivmitglied	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA mit Auflage <input type="checkbox"/> NEIN		
Begründung für die	<input type="checkbox"/> Auflage <input type="checkbox"/> Absage		
Folgende Auflagen sind zu erfüllen			
Ort und Datum:	Ort und Datum:		
Unterschrift 1	Unterschrift 2		