



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin  
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage  
Società Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio  
Swiss Society of Emergency and Rescue Medicine

## Anmeldung Prüfung für den interdisziplinären Schwerpunkt «klinische Notfallmedizin» (SGNOR)

**Prüfung 2023: 27. November 2023 und 04. Dezember 2023 /  
Anmeldeschluss: 15. August 2023**

### **PRIVATADRESSE:**

Name		Vorname	
Titel		Facharzttitel	
Strasse			
PLZ/Ort			
Tel.		Fax	
Email			

Auszug aus dem Programm für den interdisziplinären Schwerpunkt «klinische Notfallmedizin» (SGNOR):

### **Art. 5.1 Zulassung**

Folgende Kriterien müssen zur Prüfungszulassung erfüllt sein:

- mindestens 12 Monate absolvierte praktische Tätigkeit (100%) in einer anerkannten Weiterbildungsstätte für den interdisziplinären Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin (SGNOR)»
- mindestens 3 absolvierte Weiterbildungsjahre zum Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie oder Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates
- erfolgreiche Absolvierung eines ACLS-AHA / ALS-ERC und ATLS / ETC oder eines entsprechenden Refresherkurs in den letzten 5 Jahren vor dem Prüfungsdatum
- absolvierter Kurs Basisnotfallsonographie (aus Komponente 1; Fähigkeitsausweis POCUS SGUM: Kursdauer 8 Std)

Die Prüfungen werden aus Qualitätsgründen aufgenommen (mündlich: Tonaufnahme / praktisch: Ton- oder Videoaufnahme). Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis zur Aufnahme Ihrer Prüfung.

Datum und Unterschrift des Antragsstellers \_\_\_\_\_

### **Kosten:**

Mitglieder SGNOR                      CHF 600.00  
Nichtmitglieder SGNOR                CHF 1'000.00

**Bestätigung von 12 Monaten fachspezifischer Weiterbildung (Kategorien 1, 2, 3):**

Notfallstation Name und Adresse	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift des ärztlichen Leiters der Notfallstation \_\_\_\_\_

Notfallstation Name und Adresse	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift des ärztlichen Leiters der Notfallstation \_\_\_\_\_

Notfallstation Name und Adresse	
Zeitraum (von bis) %-Anstellung	

Unterschrift des ärztlichen Leiters der Notfallstation \_\_\_\_\_

*Nachweis über **3 Jahre klinischer Weiterbildung** in Allgemeiner Innerer Medizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Orth. Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kardiologie oder Intensivmedizin: **bitte legen Sie die Kopien aus dem SIWF-Logbuch bei, besten Dank***

**Kurse**

<b>Kurs</b>	<b>Datum</b>
<b>ACLS-AHA oder ALS-ERC</b>	
<b>ATLS oder ETLS</b>	
<b>Basisnotfallsonographie gemäss Programm</b> (Komponente 1 FA POCUS)	