



Antrag zur Aufnahme als A-Mitglied mit Ausbildung gemäss OdA AM

Foto
aufkleben

Dieses Formular ist für:

- InhaberInnen des Zertifikats der OdA AM in TCM
- NaturheilpraktikerInnen mit eidg. Diplom in TCM

Die Bearbeitung dieses Antrags durch die QSK kann bis zu 3 Wochen in Anspruch nehmen.
Sie erhalten den Entscheid schriftlich.

Persönliche Angaben: (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

Anrede	Titel	
Name	Vorname	
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Kanton
Telefon	Geburtsdatum	
Mobiltelefon	Email	

Praxisadresse:

Praxisname	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbständig
Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Kanton
Telefon	Email	
Fax	Webseite	

Antrag auf:

<input type="checkbox"/> Dipl. AkupunkteurIn TCM-FVS	<input type="checkbox"/> Dipl. HerbalistIn TCM-FVS
<input type="checkbox"/> Dipl. Tuina TherapeutIn TCM-FVS	

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an interessierte Stellen (Krankenkassen, Patientenorganisationen, etc. (nicht für kommerzielle Zwecke)) weitergegeben werden oder auf entsprechenden Listen des TCM Fachverbandes Schweiz veröffentlicht werden.

Ich bestätige die Richtigkeit aller Angaben. Ich verstehe, dass unvollständige Unterlagen zu zeitlichen Verzögerungen führen oder zurückgesandt werden. Ich lege nur Kopien bei, keine unersetzlichen Originale.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Aufnahmegebühr CHF 400 beträgt.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------



Wegleitung zum Antrag auf A-Mitgliedschaft mit Ausbildung gemäss OdA AM

Zum A-Mitglied in 3 Schritten

Diese Wegleitung und die Checkliste helfen Ihnen dabei, das Dossier vollständig zusammenzustellen. Unvollständige Dossiers verzögern den Entscheid.

1. Füllen Sie die Anmeldung vollständig aus und heften Sie ein aktuelles **Foto** dazu.
2. Stellen Sie Ihre Unterlagen anhand der Checkliste zusammen. Bitte beachten Sie, dass **der Auszug aus dem Strafregister nicht älter als 6 Monate** sein darf.
3. Senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene **Checkliste** mit.



Checkliste zum Antrag auf A-Mitgliedschaft mit Ausbildung gemäss OdA AM

- für InhaberInnen des Zertifikats der OdA AM in TCM
- für NaturheilpraktikerInnen mit eidg. Diplom in TCM

Bitte mit dem Antrag einsenden!

Bevor Sie Ihren Antrag und die dazugehörenden Dokumente einsenden, sollten Sie mit Hilfe dieser **Checkliste** überprüfen, ob Sie sämtliche Anforderungen erfüllen.

Senden Sie nur Kopien Ihrer Bestätigungen – keine Originale.

Wenn Sie alles zusammengetragen haben, machen Sie eine Kopie vom ganzen Dossier und senden den Antrag ein.

Checkliste – alles erledigt?	Geforderte Dokumente, die eingereicht werden müssen	Dokument bereits früher eingereicht
<p>Für InhaberInnen des Zertifikats der OdA AM in TCM</p> <p><input type="checkbox"/> Ich kann das Zertifikat OdA AM in TCM und eine Bestätigung des Mentors über 200 Stunden Berufspraxis im Rahmen im Rahmen des Moduls M7 vorweisen. (siehe Seite 6)</p>	<p><input type="checkbox"/> Zertifikat OdA AM</p> <p><input type="checkbox"/> Bestätigung Mentorat (Seite 6)</p>	<p><input type="checkbox"/> bereits eingereicht</p>
<p>Für NaturheilpraktikerInnen mit eidg. Diplom in TCM</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Naturheilpraktiker/Naturheilpraktikerin mit eidgenössischem Diplom in TCM.</p>	<p><input type="checkbox"/> eidg. Diplom als Naturheilpraktiker</p> <p><input type="checkbox"/> Diplomzusatz mit Schwerpunkten</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ich habe den Antrag vollständig ausgefüllt (inkl. Foto)</p>	<p><input type="checkbox"/> komplett ausgefüllter Antrag</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ich habe einen Schweizer Zentralstrafregisterauszug angefordert oder ich besitze einen Schweizer Zentralstrafregisterauszug, der <u>nicht älter als 6 Monate ist</u>.</p>	<p><input type="checkbox"/> Schweizer Zentralstrafregisterauszug nicht älter als 6 Monate</p>	<p><input type="checkbox"/> bereits eingereicht</p>
<p><input type="checkbox"/> Ich habe den ergänzenden Fragebogen zur rechtlichen Situation ausgefüllt.</p>	<p><input type="checkbox"/> Fragebogen zur rechtlichen Situation (Seiten 4 und 5)</p>	

Haben Sie alle benötigten Dokumente zusammengetragen? – Unvollständige Dossiers führen zu Verzögerungen.

Bitte senden Sie Ihr **Dossier (inkl. Formular und Checkliste)** an die Geschäftsstelle des TCM Fachverbandes Schweiz.

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____



Ergänzender Fragebogen zur rechtlichen Situation

Um die hohen rechtlichen, ethischen und moralischen Ansprüche an den Berufsstand der Therapeuten und insbesondere an die in der Öffentlichkeit als seriöse, vertrauenswürdige Organisation wahrgenommene TCM Fachverband Schweiz zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten.

Dieser Fragebogen und die entsprechenden Antworten werden durch den TCM Fachverband Schweiz streng vertraulich behandelt und nur an Dritte herausgegeben, wenn der Unterzeichnende sich ausdrücklich damit einverstanden erklärt oder wenn der TCM Fachverband Schweiz dazu rechtlich gezwungen ist.

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Fragen 1-9: Bitte geben Sie uns zu jeder Frage, die Sie mit "ja" beantworten, unaufgefordert nähere Informationen. Diese Informationen beinhalten unter anderem

- den Vorwurf, der gegen Sie erhoben wurde
- Ihre Stellungnahme zum Vorwurf
- den Ausgang des Verfahrens (z.B. Entscheid, Urteil oder Inhalt eines Vergleichs)
- Kopien von sämtlichen relevanten Dokumenten

Die Dokumente müssen in Deutsch, Französisch, Italienisch oder Englisch abgefasst sein. Dokumente, die in einer anderen Sprache abgefasst sind, müssen als Kopie des Originals und als beglaubigte Übersetzung eingereicht werden.

Wenn Sie dies wünschen, können Sie die Dokumente, die sich auf eine mit "ja" beantwortete Frage beziehen, in einem verschlossenen und mit "zuhanden DiK" beschrifteten Umschlag beilegen. Dieser Umschlag wird dann ungeöffnet zur Beurteilung des Sachverhalts an die Disziplinarkommission weitergeleitet.

Sollte ein Verfahren noch hängig sein, erwähnen Sie dies bitte in Ihrer Antwort. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

		Ja	Nein
1.	Wurden Sie im Zusammenhang mit einer medizinischen oder therapeutischen Tätigkeit jemals im In- oder Ausland einer Straftat (Verbrechen, Vergehen oder Übertretung) beschuldigt oder deswegen angeklagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wurden Sie im Zusammenhang mit einer medizinischen oder therapeutischen Tätigkeit jemals im In- oder Ausland wegen einer Straftat (Verbrechen, Vergehen oder Übertretung) verurteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Waren Sie jemals im In- oder Ausland an einem Vergleich beteiligt, der eine Anschuldigung oder Anklage wegen einer Straftat (Verbrechen, Vergehen oder Übertretung) im Zusammenhang mit einer medizinischen oder therapeutischen Tätigkeit beigelegt oder verhindert hatte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Wurden Sie jemals im Zusammenhang mit einer Straftat (Verbrechen, Vergehen oder Übertretung), welche mit der Ausübung einer medizinischen oder therapeutischen Tätigkeit unvereinbar ist oder eine solche beeinträchtigt (insbesondere Straftaten gegen die sexuelle Integrität), beschuldigt bzw. angeklagt oder verurteilt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hat eine Behörde, ein Berufsverband oder eine andere Organisation im Zusammenhang mit einer medizinischen oder therapeutischen Tätigkeit gegen Sie jemals disziplinarische Massnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Ja	Nein
6.	Wurde Ihnen jemals im In- oder Ausland die Praxisbewilligung verweigert, obwohl Sie alle Voraussetzungen betreffend Aus- und Fortbildung erfüllt hatten oder wurde sie Ihnen aus irgendeinem Grund entzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wurde Ihnen jemals im In- oder Ausland die Berufsausübungsbewilligung für eine medizinische oder therapeutische Tätigkeit verweigert, obwohl Sie alle Voraussetzungen betreffend Aus- und Fortbildung erfüllt hatten, oder wurde sie Ihnen aus irgendeinem Grund entzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Haben Sie jemals freiwillig auf Ihre Berufsausübungsbewilligung oder Praxisbewilligung verzichtet oder diese freiwillig aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Gibt es ansonsten Gegebenheiten, Situationen oder Vorkommnisse, durch welche Sie das Ansehen und die Reputation des TCM Fachverbandes Schweiz beeinträchtigen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls sich nach dem Einreichen dieses Fragebogens eine Situation ergeben sollte, wegen der Sie eine der obigen Fragen (1-9) mit "ja" beantworten müssen, sind Sie verpflichtet, den TCM Fachverband Schweiz innerhalb von 30 Tagen nach Bekanntwerden bzw. Eintreten der Situation unaufgefordert zu informieren.

10.	Haben Sie Ihren aktuellen Wohnsitz im Ausland oder haben Sie Ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 24 Monate vom Ausland in die Schweiz verlegt? Wenn ja: Bitte legen Sie Ihrem Gesuch einen Strafregisterauszug oder ein Führungszeugnis oder ein äquivalentes Dokument des entsprechenden Staates bei. Dieses Dokument muss vom entsprechenden Konsulat in der Schweiz beglaubigt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------	--------------------------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet habe und dass ich mich verpflichte, den TCM Fachverband Schweiz innerhalb von 30 Tagen nach Bekanntwerden bzw. Eintreten einer Situation, wegen welcher eine der Fragen 1-10 mit "ja" beantwortet werden müsste, zu informieren. Zudem erkläre ich mich ausdrücklich mit der Erhebung dieser Daten durch den TCM Fachverband Schweiz einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Beilagen:



Bestätigung der Berufspraxis im Rahmen des Moduls M7

Nur für InhaberInnen des Zertifikats der OdA AM in TCM

Voraussetzung für die A-Mitgliedschaft beim TCM Fachverband Schweiz (alle Punkte müssen erfüllt sein):

<p>Für EINEN Schwerpunkt der TCM mit Zertifikat OdA AM</p> <p>Akupunktur/Tuina oder Chinesische Arzneimitteltherapie nach TCM</p>	<p>Bestätigung des Mentors/der Mentorin über insgesamt 200 Stunden à 60 Min.:</p> <ul style="list-style-type: none">• 192 Stunden Berufspraxis (im Sinne von Art. 2.4.1 Richtlinien Mentorat M7)• 8 Stunden Mentoratszeit, davon mindestens 4 Stunden Einzelmentorat
<p>Für ZWEI Schwerpunkte der TCM mit Zertifikat OdA AM</p> <p>Akupunktur/Tuina und Chinesische Arzneimitteltherapie nach TCM</p>	<p>Bestätigung des Mentors/der Mentorin über insgesamt 400 Stunden à 60 Min.:</p> <ul style="list-style-type: none">• 385 Stunden Berufspraxis (im Sinne von Art. 2.4.1 Richtlinien Mentorat M7)• 15 Stunden Mentoratszeit, davon mindestens 8 Stunden Einzelmentorat

Der / die MentorIn

bestätigt, dass

der/ die TherapeutIn

| Anrede

| Anrede

| Vorname Name

| Vorname Name

| Strasse

| Strasse

| PLZ / Ort

| PLZ / Ort

| E-Mail

| Geburtsdatum

| Telefon

folgende Mentoratszeit geleistet hat:

| Einzelmentoratsstunden

| Gruppenmentoratsstunden

| Stunden Arbeit als TCM-TherapeutIn in der eigenen Praxis im Schwerpunkt/in den Schwerpunkten

Akupunktur/Tuina

Chinesische Arzneimitteltherapie nach TCM

Ort, Datum:

Unterschrift Mentorin / Mentor:

|

|