

Antrag auf Rezertifizierung FA SSIPM Name: _____

Bitte am PC oder in Blockschrift ausfüllen

Der Fähigkeitsausweis SSIPM wird befristet auf 5 Jahre erteilt und jeweils für 5 Jahre verlängert, wenn der Arzt während der letzten 5 Jahre folgende Bedingungen erfüllt:

- Besuch von Fortbildungsveranstaltungen in interventioneller Schmerztherapie (Nachweis von 40 von der SSIPM anerkannten Stunden bzw. Credits)
- Mindestens 250 Interventionen (im Durchschnitt 50 pro Jahr), entweder selbst durchgeführt oder als Weiterbildner supervisiert. Es werden ausschliesslich die im Weiterbildungsprogramm 2016 aufgeführten Eingriffe angerechnet (vgl. unten stehende Tabelle).

1. Interventionen:						
Alle Interventionen sind unter bildgebenden Verfahren durchgeführt, d.h. Bildverstärker oder Ultraschall (mit Ausnahme von CT)						
Die Interventionen sind pro Rubrik und pro Jahr aufzuführen. Bitte die jeweilige Jahrzahl in den Titeln der Kolonnen aufzuführen. Es dürfen keine Veränderungen auf der Liste vorgenommen werden. Angerechnet werden ausschliesslich die unten aufgeführten Interventionen.						Total Eingriffe in 5 Jahren
		Jahr:	Jahr:	Jahr:	Jahr:	Jahr:
1.	Periradikuläre Injektionen (zervikal oder thorakal)					
2.	Periradikuläre Injektionen (lumbal)					
3.	Interlaminäre Injektionen in den zervikalen oder thorakalen Epiduralraum					
4.	Interlaminäre Injektionen in den lumbalen Epiduralraum					
5.	Epidurale Injektionen über den Hiatus sacralis					
6.	Intraartikuläre Injektionen der zervikalen Fazettengelenke					
7.	Intraartikuläre Injektionen der lumbalen oder thoakalen Fazettengelenke					
8.	Intraartikuläre Injektionen der Iliosakralgelenke					
9.	Lokalanästhesien der zervikalen Rami mediales der Wirbelsäule					
10.	Lokalanästhesien der lumbalen oder thorakalen Rami mediales der Wirbelsäule					
11.	Periphere Nervenblockaden und Injektionen in periphere Gelenke					
12.	Blockaden im Bereich des vegetativen Nervensystems					
13.	Ablative Therapien der Rami mediales (zervikal, thorakal oder lumbal)					
14.	Diskographien (zervikal, thorakal oder lumbal)					
15.	Ablative Therapien der Bandscheiben					
16.	Implantation von Hinterstrangsstimulatoren					
17.	Implantation von intrathekalen Pumpen					
TOTAL						

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

2. Qualitätssicherung:

Die eigenen Leistungsdaten und die Langzeitresultate der durchgeführten Therapien müssen mittels eines Qualitätssicherungssystems kontrolliert und dokumentiert werden.

Wie kontrollieren Sie die Qualität Ihrer Interventionen?

3. Fortbildung :

Ich haben in den letzten 5 Jahren, folgende Fortbildungsveranstaltungen in interventioneller Schmerztherapie besucht:

Es werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte gefordert (**bitte fügen Sie die Teilnahmebestätigungen bei!**)

Datum	Veranstaltung	Anzahl Punkte	Datum	Veranstaltung	Anzahl Punkte
Total Fortbildungspunkte in den letzten 5 Jahren					

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____