

Antrag Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie (SSIPM) (gemäss Programm 2016)

Kosten : Mitglieder SSIPM : CHF 500.— / Nichtmitglieder : CHF 1'000.—

Bitte am PC oder in Blockschrift ausfüllen.

Anrede: Herr Frau Gewünschte Kontaktadresse: Privat Arbeitsadresse

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Titel: _____

Adresse Spital / Praxis

Spital/Praxis: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Privatadresse

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. & E-Mail

Handy: _____ Tel. Spital/Praxis (direkt): _____

Tel. Privat : _____

E-Mail Privat : _____ E-Mail Spital/Praxis : _____

Facharzttitel: _____

Ort (Stadt) und Land: _____ Jahr: _____

Weiterbildung für den Erwerb des Fähigkeitsausweises SSIPM:

Weiterbildungsstätte (von der SSIPM anerkannt): _____

Name und Vorname des Tutors der Weiterbildungsstätte (von der SSIPM anerkannt): _____

Anfang der Weiterbildung (mm/yy): _____ Ende der Weiterbildung (mm/yy): _____

Dauer der Weiterbildung (Äquivalenz 100%): _____ Monate

Obligatorische Beilagen

1. Patenschreiben des Verantwortlichen der Weiterbildungsstätte (von der SSIPM anerkannt).
2. Nachweis der Kompetenzen (Formular nachstehende) von Verantwortlichen der von der SSIPM anerkannten Weiterbildungsstätte ausgefüllt und untergeschrieben.
3. Logbuch Interventionen Programm 2016 SSIPM, von dem/der Kandidat(in) und dem Tutor der Weiterbildungsstätte (von der SSIPM anerkannt) untergeschrieben.

Falls die Weiterbildung an mehreren Weiterbildungsstätten absolviert wurde, bitte ein Formular pro Weiterbildungsstätte beilegen.

Mindestens 6 der unten aufgelisteten 17 Interventionen sind verlangt, davon mindestens 5 selbständig durchgeführt. Gesamthaft müssen mindestens 80 Interventionen ausgewiesen werden (Punkt 3.3 des Programms).

Bestätigungen:

4. Teilnahmebestätigung Röntgenkurs Typ B (für ausländische Teilnahmebestätigungen ist zusätzlich die Anerkennung des BAG beizulegen.)
5. Teilnahmebestätigung theoretische Grundlagen der Intervention (1 Tag), gemäss Punkt 3.2.2 (K7)
6. Teilnahmebestätigung praktischer Interventionskurs (1 Tag), gemäss Punkt 3.2.2 (K7)
7. Teilnahmebestätigung Swiss Pain Congress, gemäss Punkt 2.1

Ort / Datum: _____ Unterschrift des Kandidaten/der Kandidatin: _____

Bitte den Antrag ausschliesslich per E-Mail in einem einzigen PDF Dokument schicken (inkl. Beilagen)
welcome@ssipm.ch

ACHTUNG :

Nur komplette Anträge, die in einem einzigen PDF Dokument geschickt werden, können von der interdisziplinären Kommission bearbeitet werden. Anträge, die nicht komplett sind, werden zurückgeschickt und sind nochmals komplett neu einzureichen (keine separaten Nachsendungen fehlender Dokumente).

Logbook

- Von 6 der unten aufgelisteten 17 Interventionen, davon mindestens 5 selbständig durchgeführt.
- Mittels Bildgebung dokumentiert werden (mit Ausnahme von CT)
- Die Kompetenz umfasst die Indikationsstellung, die Planung, die Durchführung sowie die Nachsorge unter Kontrolle durch einen Tutor mit Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie (SSIPM).
- Mindestens 80 Interventionen wurden wie im Logbook aufgeführt durchgeführt.

Interventionen		Total (Anzahl)	Selbständig
Die untenstehenden Rubriken dürfen nicht abgeändert werden. Alle Interventionen sind unter bildgebenden Verfahren durchgeführt, d.h. Bildverstärker oder Ultraschall (mit Ausnahme von CT)			
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			

Die Unterzeichnenden bestätigen, dass die oben aufgeführten Bedingungen erfüllt sind, und die Anzahl der aufgeführten Interventionen in der Tabelle korrekt sind. Die SSIPM behält sich das Recht vor, Stichproben vorzunehmen (Einforderung der OP-Berichte).

Ort / Datum : _____ Weiterbildungsstätte (Stempel) : _____

Name/ Vorname des Tutors : _____ Unterschrift des Tutors: _____

Ort / Datum : _____ Unterschrift Kandidat/in: _____

Nachweis der Kompetenzen (gemäss Punkt 3 des Programms)

(durch den Verantwortlichen der Weiterbildungsstätte auszufüllen)

Kandidat(in)

Name : _____ Vorname : _____

Der Kandidat/die Kandidatin hat die Weiterbildung zur Erlangung des Fähigkeitsausweises « Interventionelle Schmerztherapie (SSIPM) », gemäss Programm 2016 in unserer Weiterbildungsstätte absolviert.

Anfang der Weiterbildung (MM/YY): _____ Ende der Weiterbildung (MM/YY): _____

Anzahl Monate Total : _____ Anzahl Monate Equivalenz 100%: _____

K1-K3 Basiskompetenzen

Die Basiskompetenzen sind obligatorisch und werden je nach Facharztweiterbildung innerhalb des Curriculums und mit separaten Kursen erlernt

- K1 Pathophysiologie des Schmerzes
- K2 Schmerzspezifische Anamnese und klinische Untersuchung
- K3 Pharmakologie der Schmerzbehandlung

Der/die Kandidat/in erfüllt die Anforderungen K1-K3 gemäss Punkt 3 des Programms 2016.
(die SSIPM behält sich das Recht vor, gezielte Nachkontrollen durchzuführen – Einforderung von Nachweisen)

Ja. Nein

K4-K6 Fokussierte Kompetenzen

Aus der Gruppe K4-K6 muss eine Gruppe obligatorisch erlernt werden. Je nach Facharztweiterbildung innerhalb des Curriculums und mit separaten Kursen.

- K4 Muskuloskeletale Schmerzen
- K5 Neuropathische Schmerzen
- K6 Palliativmedizin

Der/die Kandidat/in erfüllt die Anforderungen K4-K6 gemäss Punkt 3 des Programms 2016.
(die SSIPM behält sich das Recht vor, gezielte Nachkontrollen durchzuführen – Einforderung von Nachweisen)

Ja. Nein

Ich bestätige die Richtigkeit der oben aufgeführten Informationen

Ort / Datum: _____ Weiterbildungsstätte (Stempel) _____

Name / Vorname des Tutors: _____ Unterschrift des Tutors : _____