



Antrag auf Überprüfung meiner Qualifizierung zum Zertifizierten Mitglied SGZM = Zertifikat

Hiermit stelle ich gemäss der Ausbildungsordnung den Antrag auf Überprüfung zum zertifizierten SGZM Mitglied.

Zum Nachweis meiner Qualifizierung reiche ich die entsprechenden Ausbildungsbestätigungen sowie eine Beschreibung meiner Praxisaktivität ein.
Zur Überprüfung nur noch die Kopie der Urkunde (Teilzertifikat A und Teilzertifikat B) beizulegen.

Persönliche Daten:

Herr / Frau

Titel

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel Privat

Tel Praxis

Fax

E-Mail

Ich bin Mitglied der SGZM seit

Praxistätigkeit vorwiegend: (Bitte beschreiben)

.....
.....
.....
.....



Nachweise für das Zertifikat:

Testmethoden	Absolviert am	Vergleichbarer Kurs	Absolviert am	Kennzeichen auf Dokument
Auriculomedizin				TestAU
BIT (Biophysikalische Informationstherapie)				TestBIT
BFD (Bioelektrische Funktions und Regulations-diagnostik)				TestBFD
EAP Elektroakupunktur)				TestEAP
Lüscher Diagnostik				TestLÜ
Neuraltherapie				TestNT
Skasys				TestSKA
VEGA Test / FRT Feinresonanz Test (modifiziert nach Poloczek)				TestFRT
Kinesiologie				TherKin
Auriculomedizin				TherAU
BIT (Biophysikalische Informationstherapie)				TherBIT
Neuraltherapie				TestNT
Skasys				TestSKA



Andere Test und Therapiemethode:				
----------------------------------	--	--	--	--

Kongressbesuch	besucht am	Vergleichbarer Kurs	Absolviert am	Kennzeichen auf Dokument
SGZM Tagung				TherAU
GZM Kongress				TherBIT
Baden-Baden				TestNT
Freudenstadt				TestSKA

Teilzertifikat A ausgestellt am

Kopie liegt bei

Teilzertifikat B ausgestellt am

Kopie liegt bei

Zertifikat = SGZM Zertifizierung

⇒ **Falldokumentationen**

Es sind drei Fälle den Dokumentationsvorschriften der SGZM entsprechend vorzulegen. Diese werden besprochen.

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....