Formular drucken | Zurücksetzen | Speichern unter

Anlage zum Antrag auf Befugnis zur Weiterbildung

Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung

1. Angaben zur Person

Arztnummer, wenn bekannt

Akad. Grad _____

Vorname _____

Name _____

Weiterbildungsinhalte

Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in

-	der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Suchtkrankheiten	◯ ja ◯ nein
-	der Beratung im Zusammenhang mit suchterzeugenden Stoffen und nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen	◯ ja ◯ nein
-	der Pharmakologie suchterzeugender Stoffe	◯ ja ◯ nein
-	der Entzugs- und Substitutionsbehandlung	◯ ja ◯ nein
-	der Krisenintervention	◯ ja ◯ nein
-	der Organisation der Frührehabilitation	◯ ja ◯ nein

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der o. g. Daten wird bestätigt.

_____ *Ort*

__.__.____ *Datum*

_____ *Unterschrift / Stempel*