

**Antrag auf Zuerkennung des Qualifikationsnachweises für die  
Durchführung von gastrointestinal-endoskopischen Leistungen  
(nach den Richtlinien der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte)**

An die Ausbildungskommission  
der Ärztekammer für Tirol  
Anichstraße 7  
A-6020 Innsbruck

Antragsteller(in):

Name:	.....
Adresse:	.....
Tel.:	.....
Arbeitsstätte:	.....
<input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin seit: .....	<input type="checkbox"/> in Ausbildung
<input type="checkbox"/> Facharzt für ..... seit: .....	<input type="checkbox"/> in Ausbildung

**Ich erbringe in der Anlage Ausbildungsnachweise für den  
Qualifikationsnachweis zur Durchführung von gastrointestinal-  
endoskopischen Leistungen:**

**Ich bin:**

- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde
- Facharzt für Innere Medizin mit Additivfach „Gastroenterologie und Hepatologie“

**und erfülle folgende Voraussetzungen:**

- \* 500 eigenständig durchgeführte und interpretierte Ösophagogastroduodenoskopien
- \* 200 eigenständig durchgeführte und interpretierte Coloskopien bis in das Zökum
- \* 200 eigenständig durchgeführte und interpretierte Sigmoidoskopien
- \* 100 selbständig durchgeführte Prokto-Rektoskopien mit starrem Gerät

Bestätigung des Ausbildners über Art und Anzahl der Untersuchungen durch Beilage(n)  
Nr. ....

Alle entsprechenden Nachweise finden sich durchnummeriert in der Beilage.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift