

**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	<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