

PRIVATKLINIK KREUZLINGEN

HEALTH & MEDICAL EXCELLENCE

Akkreditierungsunterlagen

NAME: _____



AKKREDITIERUNGSANTRAG

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Private Adresse	<input type="text"/>		
Stadt	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
FMH Titel	<input type="text"/>	Geburtstag	<input type="text"/>

Spezialgebiete:

PRAXIS

Name	<input type="text"/>	Geheimnr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Stadt	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Webseite	<input type="text"/>		

CHECKLISTE ANHANG

Bitte vollständige Unterlagen einreichen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CV mit Bild | <input type="checkbox"/> Haftpflichtpolice |
| <input type="checkbox"/> Arztdiplom (Kopie) | <input type="checkbox"/> Sonstiges, _____ |
| <input type="checkbox"/> Diplom FMH (Kopie) | |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsbewilligung (Kopie) | |



ANGABEN ZUR CHIRURGISCHEN TÄTIGKEIT (WENN OPERATIV TÄTIG)

Bitte beschreiben Sie Ihr Spezialgebiet inkl. Schwerpunkte

Praktizieren Sie mit besonderen OP-Techniken oder benötigen Sie Sonderinstrumente?

Möchten Sie uns sonst noch etwas über Sie erzählen?

Operationsvolumen (geschätzte Anzahl Eingriffe pro Jahr)

Stationäre Eingriffe in der Privatklinik Kreuzlingen

Ambulante Eingriffe in der Privatklinik Kreuzlingen

Datum/Ort

Unterschrift



Bitte reichen Sie den Antrag unterschrieben mit den vollständigen Unterlagen ein via Mail: info@privatlinik-kreuzlingen.ch oder via Upload Funktion auf der Homepage: www.privatlinik-kreuzlingen.ch/belegarzt-werden

PRIVATKLINIK KREUZLINGEN

GAISSBERGSTRASSE 45

8280 KREUZLINGEN

+41 71 552 22 22

INFO@PRIVATKLINIK-KREUZLINGEN.CH

WWW.PRIVATKLINIK-KREUZLINGEN.CH

