

Gesuchsformular Gelbfieber-Impfbewilligung

Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt und mit den entsprechenden Dokumenten direkt an das **Bundesamt für Gesundheit (BAG), Abteilung Übertragbare Krankheiten, Gelbfieber-Impfbewilligung, CH-3003 Bern.**

Allgemeine Informationen

Antrag für Gelbfieber-Impfbewilligung (neu)

Name/Vorname AntragstellerIn:

Adresse der Praxis:

Kanton:

Telefonnummer:

Faxnummer:

E-Mail Adresse:

Ausbildungsnachweise (gemäss Art. 42 EpV)

(bitte Zutreffendes ankreuzen und benötigte Informationen eintragen)

Diplom als Ärztin/Arzt (gemäss Medizinalberufegesetz von 23. Juni 2006 [MedBG; SR 811.11])

Eidgenössisches Diplom

Anerkanntes ausländisches Diplom

Datum des Diploms:

Ausbildungsstätte:

Weiterbildungstitel in Tropen- und Reisemedizin (gemäss MedBG)

Eidgenössischer Titel

Anerkannter ausländischer Titel

nicht vorhanden

Datum Erlangung des
Weiterbildungstitels:

Ausbildungsstätte:

Ausnahme (gemäss Art. 43 EpV)

(nur auszufüllen wenn kein Weiterbildungstitel in Tropen- und Reisemedizin vorhanden; keine Auswahlmöglichkeiten, alle Bedingungen müssen erfüllt sein)

Diplom in Tropenmedizin (*mind. dreimonatige Ausbildung, Art. 43 a.*)

Datum/Titel des Diploms:

Ausbildungsstätte:

Praktische Berufserfahrung (Art. 43 b. EpV)
 (mindestens ein Jahr in einem von der Schweizerischen Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin FMH anerkanntem Dienst, davon mind. 6 Monate in einer Impfstelle für Reisemedizin; bei mehreren solchen Dienststellen bitte neueste angeben)

Dauer (gesamt [Jahre]):
Wo (Dienststelle):
Dauer (Impfstelle für Reisende; [Monate]):
Wo (Impfstelle):

Regelmässige Fortbildungen in Tropen- und Reisemedizin (Art. 43 c. EpV)
 (FMH anerkannt)

Jahr	CME credits	Titel

Kurze Begründung für den Antrag auf eine Gelbfieber-Impfbewilligung

Dokumente

- Lebenslauf
- Kopie eidgenössisches/anerkanntes ausländisches Diplom als Ärztin oder Arzt gemäss MedBG
- Kopie eidgenössischer/anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel in Tropen- und Reisemedizin gemäss MedBG
- Kopie Diplom in Tropenmedizin (*für Ausnahme-Bewilligungen*)
- Kopien Bestätigungen geleisteter Fortbildungen/praktische Erfahrungen

Datum:	Unterschrift:.....
--------------	--------------------