**Fähigkeitsausweis Abhängigkeitserkrankungen**

**Selbstdeklaration für klinische Tätigkeit im Bereich der Abhängigkeits-erkrankungen**

Der/die unterzeichnende Antragsteller/in bestätigt in Selbstdeklaration, dass er/sie eigenverantwortlich eine klinische Tätigkeit für einen Zeitraum **von mindestens 12 Monaten**, was dieses Dokument bezeugen sollte, und mit suchtmedizinischem Schwerpunkt – **mindestens 50 Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen** – ausgeübt hat.

* von       bis      , in der/im *Weiterbildungsstätte*, in der Position      .
* von       bis      , in der/im *Weiterbildungsstätte*, in der Position      .
* von       bis      , in der/im *Weiterbildungsstätte*, in der Position      .

Name und Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers:

Ort und Datum :

Stempel und Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers:

|  |  |
| --- | --- |
| \* | Die Weiterbildungsstätte muss zur entsprechenden Zeit die Kriterien gemäss Fähigkeitsprogramm Abhängigkeitserkrankungen Ziffer 6 erfüllt haben. |