



Departement Gesundheit
Fachstelle für Gesundheitsfachpersonen
Kasernenstrasse 17
9102 Herisau

Meldung des Einsatzes von Akupunktur als Hebamme mit einer Berufsausübungsbewilligung von Appenzell Ausserrhoden (gestützt auf VO GFP, bGS 811.13, Art. 5)

Adresse:

Name:	Vorname:
Strasse:	Nr.:
Adresszusatz:	
PLZ:	Ort:
Tel.:	E-Mail:

Bestätigungen:

Ich bestätige, dass ...

1. die angegebene Ausbildung nach den Richtlinien SHV und SBO-TCM für Akupunktur durch Hebammen erfolgte.
2. die Empfehlungen von SBO-TCM „Hygiene und Sicherheit für die Akupunktur in der Praxis“ von mir eingehalten werden.
3. ich über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung verfüge, die die Haftung für Schäden aus einer Akupunkturbehandlung deckt.

Datum/Ort:

Unterschrift:

Bitte legen Sie diesem Formular folgende Unterlagen bei:

<input type="checkbox"/>	1. Diplom/Abschlussbestätigung des Ausbildungsganges (Kopie)
<input type="checkbox"/>	2. Bestätigung über die Konformität der Ausbildung bzw. des Abschlusses mit den Empfehlungen von SHV und SBO-TCM
<input type="checkbox"/>	3. schriftliche Bestätigung der Versicherung, dass die Anwendung von Akupunktur durch Hebammen eingeschlossen ist (ggf. Kopie der Police)