

Ja, ich möchte auf der Therapeutenliste
der SSMH-Home-Page www.ssmh.ch erscheinen

Bedingung ab 1.1.2001: Fähigkeitsausweis oder Zertifizierung SSMH

Angaben, wie sie auf der Therapeutenliste erscheinen sollen.

Name, Vorname	
Titel und Beruf	
Adresse	
Telefon	
e-mail	
Link auf eigene HomePage	

FA vorhanden
FA wird beantragt

SSMH-Zertifikat vorhanden
SSMH-Zert. wird beantragt

Bitte ankreuzen

Ich verzichte auf die Auflistung auf der SSMH-Therapeutenliste

Bitte kreuzen Sie Ihre Fachgebiete und Ihre Spezialitäten an, damit wir anfragende Patienten richtig weisen können.

Fachgebiete

Allergologie	<input type="checkbox"/>	Gynäkologie	<input type="checkbox"/>	Pädiatrie	<input type="checkbox"/>
Allgemein	<input type="checkbox"/>	HNO	<input type="checkbox"/>	Ophthalmologie	<input type="checkbox"/>
Anästhesie	<input type="checkbox"/>	Interne Medizin	<input type="checkbox"/>	Orthopädie	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	Kinderpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	Rehabilitation	<input type="checkbox"/>
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	Neurologie	<input type="checkbox"/>	Zahnmedizin	<input type="checkbox"/>
Geriatric	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Interessensgebiete :

Adoleszenz	<input type="checkbox"/>	Konflikte	<input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>
Agoraphobie	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Sexuelle Störungen	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Krebsbegleitung	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>
Anaesthesie	<input type="checkbox"/>	Lernstörungen	<input type="checkbox"/>	Sprechstörungen/Stottern	<input type="checkbox"/>
Angstzustände	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	Sterbebegleitung*	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose*	<input type="checkbox"/>	Sucht	<input type="checkbox"/>
Blutungskontrolle	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	Paare	<input type="checkbox"/>	Warzen	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	Panikattacken	<input type="checkbox"/>	Zwänge	<input type="checkbox"/>
Ess-Störungen	<input type="checkbox"/>	Phobien	<input type="checkbox"/>	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätssyndrom (ADHS)	<input type="checkbox"/>
Examensangst	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	Zahnmedizin:	<input type="checkbox"/>
Flugangst	<input type="checkbox"/>	Psychosomatik	<input type="checkbox"/>	Angst	<input type="checkbox"/>
Geburtsvorbereitung	<input type="checkbox"/>	PTSD/PTBS	<input type="checkbox"/>	Bruxismus/ MAP	<input type="checkbox"/>
Geriatric	<input type="checkbox"/>	Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	Statt Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>
Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	Prothesenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/>
Juckreiz (Pruritus)	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Schmerzlinderung	<input type="checkbox"/>
Kindheit	<input type="checkbox"/>	Schmerzkontrolle	<input type="checkbox"/>	Würgen	<input type="checkbox"/>

Andere:

	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift