

# Registrierungsformular A

für erfahrungsmedizinische Methoden oder Methodengruppen gemäss  
EMR-Methodenliste Abschnitt A

<b>EMR-Nummer</b>	<input type="text"/>
<b>Eingangsstempel</b>	<input type="text"/>

*(wird vom EMR ausgefüllt)*

## Erläuterungen zum Ausfüllen des Registrierungsformulars

Die Bedingungen für eine Registrierung beim EMR sind im EMR-Reglement festgelegt. Wir empfehlen Ihnen deshalb, vor dem Ausfüllen des Registrierungsformulars insbesondere folgende Dokumente zu lesen:

- Allgemeine Geschäftsbedingungen
- Registrierungsbedingungen
- Methodenliste
- Ergänzende Richtlinien für Methoden
- Berufskodex

Sie finden das vollständige EMR-Reglement im Internet unter: [www.emr.ch/qualitaetslabel\\_beantragen](http://www.emr.ch/qualitaetslabel_beantragen)

Drucken Sie das Registrierungsformular aus, füllen Sie es vollständig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Legen Sie Kopien von folgenden Unterlagen bei:

- Ausbildungsnachweis (Diplom/Zertifikat und Ausbildungsbestätigung)
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als sechs Monate)

Senden Sie den Registrierungsantrag per Post an:

**ErfahrungsMedizinisches Register EMR**  
**Postfach 121**  
**4009 Basel**

Bitte schicken Sie nur vollständig ausgefüllte Registrierungsformulare mit allen geforderten Beilagen ein. Sie vermeiden dadurch zusätzlichen Aufwand und eine längere Bearbeitungszeit.

Viele Informationen rund um das EMR finden Sie auf der Website [www.emr.ch](http://www.emr.ch). Wenn Sie darüber hinaus Hilfe beim Ausfüllen des Registrierungsformulars benötigen, rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gerne weiter: Hotline 0842 30 40 50, Montag, Mittwoch und Freitag von 10 – 12 Uhr, Dienstag und Donnerstag von 14 – 16 Uhr (zum Ortstarif).

Alle Personenbezeichnungen in diesem Registrierungsformular sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

## 1. Personalien

**1.1** **Gewünschte Korrespondenzsprache**  Deutsch  Französisch

**1.2** **Angaben zur Person**

Anrede  Frau  Herr

Vorname  Name

Geburtsdatum  Nationalität

**1.3** **Adresse Praxis**

Name der Praxis

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kanton/Land  Postfach

Telefon  Mobile

Praxis-Website

**1.4** **Adresse Privat**

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Kanton/Land  Postfach

Telefon  Mobile

**1.5** **E-Mail-Adresse**

*Das EMR verschickt wichtige Informationen auch per E-Mail. Bitte geben Sie deshalb hier eine gültige E-Mail-Adresse an, unter der Sie persönlich zu erreichen sind.*

**1.6** **Welche Adresse soll das EMR für den Schriftverkehr mit Ihnen verwenden (Korrespondenzadresse)?**

Adresse Praxis  Adresse Privat

**Wichtiger Hinweis**

Die Versicherer verlangen für den Datenexport die Angabe einer Praxisadresse. Sollte keine Praxisadresse eingetragen sein, wird die vorhandene Adresse als Praxisadresse an die Versicherer exportiert.

## 2. Methode/Methodengruppe

In Abschnitt A der EMR-Methodenliste sind alle Methoden und Methodengruppen aufgeführt, für die Sie sich beim EMR registrieren lassen können.



### Wichtige Hinweise

Bei einigen Methoden und Methodengruppen sind bestimmte Vorgaben oder Einschränkungen zu beachten. Diese sind auf der EMR-Methodenliste in der Spalte «Legende» aufgeführt.

Für einige Methoden/Methodengruppen gelten zusätzlich ergänzende Richtlinien für die Registrierung. Die betroffenen Methoden/Methodengruppen sind in Ziffer 4.3 der Registrierungsbedingungen aufgelistet.

Die ergänzenden Richtlinien und die Registrierungsbedingungen für diese Methoden finden Sie auf der Website des EMR: [www.emr.ch/qualitaetslabel\\_beantragen](http://www.emr.ch/qualitaetslabel_beantragen)

### 2.1

#### Für welche Methode oder Methodengruppe möchten Sie sich registrieren?

Verwenden Sie bitte genau die Bezeichnung, die auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A für die Methode/Methodengruppe angegeben ist. Geben Sie ausserdem die Nummer an, die Ihrer Methode/Methodengruppe auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A zugeordnet ist.

**Methode/Methodengruppe**

**Nummer**




### Wichtiger Hinweis

Wenn Sie sich gleichzeitig für mehrere Methoden oder Methodengruppen registrieren lassen möchten, kopieren Sie bitte die Seiten **C** bis **E** dieses Registrierungsformulars. Füllen Sie diese Seiten für jede Methode respektive Methodengruppe vollständig aus und geben Sie oben auf jeder Seite die Nummer der Methode/Methodengruppe an.

### 2.2

#### Untermethoden bei Methodengruppen

Diese Felder brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie sich für eine der folgenden Methodengruppen registrieren lassen möchten:

- Nr. 22 Ayurveda
- Nr. 131 Naturheilkundliche Praktiken NHP (Naturheilpraktiker)
- Nr. 185 Traditionelle Chinesische Medizin TCM

Tragen Sie hier die Bezeichnungen und Nummern der Pflicht-Untermethoden und der möglichen Wahl-Untermethoden (kostenpflichtig) ein. Informationen dazu finden Sie in den ergänzenden Richtlinien für die Registrierung Ihrer Methodengruppe bzw. auf der EMR-Methodenliste.

Verwenden Sie bitte genau die Bezeichnungen und Nummern, die auf der EMR-Methodenliste Abschnitt A angegeben sind.

**Untermethode**

**Nummer**

3. Ausbildung

betrifft Methode/Methodengruppe Nr.

Für die Registrierung beim EMR wird geprüft, ob Ihre Ausbildung den Vorgaben des EMR-Reglements entspricht.

3.1

**Bei welchem Bildungsanbieter haben Sie die Ausbildung für die beantragte Methode/Methodengruppe abgeschlossen?**

Name des Bildungsanbieters

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Land

Website

3.2

**Ausbildungsnachweis**



**Dokumente beilegen**

Das EMR verlangt einen detaillierten Ausbildungsnachweis für die Methode/Methodengruppe, für die Sie sich registrieren möchten. Legen Sie Ihrem Registrierungsantrag deshalb eine Kopie Ihres Diploms/Zertifikats sowie eine Kopie der Ausbildungsbestätigung bei. Achten Sie darauf, dass die unten geforderten Angaben auf diesen Dokumenten vollständig vorhanden und dass die in der EMR-Methodenliste geforderten Stunden für die Grundlagen- und Fachausbildung nachgewiesen sind.

Das Diplom/Zertifikat muss diese Angaben enthalten:

- Bezeichnung der Ausbildung
- Name und Vorname des Therapeuten
- Ausstellungsdatum des Diploms oder Zertifikats
- Name und Adresse des Bildungsanbieters
- Name, Funktion und Unterschrift der Institutionsleitung

Die Ausbildungsbestätigung muss diese Angaben enthalten:

- Bezeichnung der Ausbildung
- Name und Vorname des Therapeuten
- Dauer der Ausbildung (mm.jjjj/mm.jjjj)
- Prüfungsdatum
- Ausstellungsdatum der Ausbildungsbestätigung
- Auflistung der Fächer und der jeweiligen Inhalte, mit Angabe der Lernstunden
- Name und Adresse des Bildungsanbieters
- Name, Funktion und Unterschrift der Institutionsleitung



**Wichtiger Hinweis**

Von fremdsprachigen Diplomen und den entsprechenden Ausbildungsbestätigungen (abgesehen von französischen, italienischen und englischen) muss eine notariell beglaubigte Kopie eingereicht werden. Zudem sind das Diplom, die Ausbildungsbestätigung und alle damit zusammenhängende Unterlagen auf Deutsch oder Französisch übersetzt dem EMR einzureichen. Die Übersetzungen müssen durch ein Übersetzungsinstitut in der Schweiz vorgenommen werden.

3.3

**Haben Sie die Grundlagenausbildung bei einem anderen Bildungsanbieter als dem in Punkt 3.1 und 3.2 angegebenen absolviert?**

Ja  Nein Wenn ja, geben Sie bitte den entsprechenden Bildungsanbieter an:

Name des Bildungsanbieters

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Land

Website



**Dokumente beilegen**

Bitte belegen Sie auch diese Grundlagenausbildung mit den entsprechenden Dokumenten (wie unter Punkt 3.2 gefordert).

betrifft Methode/Methodengruppe Nr.

3.4

**Verfügen Sie über einen Abschluss in einem der nachstehend aufgeführten Berufe im Gesundheitswesen?**

Ja  Nein



**Dokumente beilegen**

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die zutreffende Berufsbezeichnung an und legen Sie Ihrem Antrag eine Kopie des entsprechenden Diploms/Zertifikats bei.

Wenn Sie einen der folgenden, in der Schweiz reglementierten Berufe im Gesundheitswesen erlernt haben, werden Ihnen pauschal 600 Stunden Grundlagenausbildung angerechnet:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aktivierungsfachfrau/Aktivierungsfachmann dipl. HF  | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde dipl. EDK / Logopädie BA  |
| <input type="checkbox"/> Apothekerin/Apotheker   | <input type="checkbox"/> Med. Masseurin/Med. Masseur EFA  |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt   | <input type="checkbox"/> Naturheilpraktikerin/Naturheilpraktiker mit eidg. Diplom (inkl. Zertifikat OdA AM)   |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin/Biomedizinischer Analytiker dipl. HF                         | <input type="checkbox"/> Orthoptistin/Orthoptist dipl. HF   |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- und Sporttherapie in der Orthopädie, Traumatologie und Rheumatologie CAS       | <input type="checkbox"/> Osteopathin/Osteopath MSc FH (inkl. BSc FH) / Diplom GDK                             |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen CAS                             | <input type="checkbox"/> Personal Health Coach CAS  |
| <input type="checkbox"/> Chiropraktorin/Chiropraktor   | <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau/Pflegefachmann dipl. HF / BSc in Pflege                               |
| <input type="checkbox"/> Dentalhygienikerin/Dentalhygieniker dipl. HF  | <input type="checkbox"/> Physiotherapie BSc   |
| <input type="checkbox"/> Drogistin/Drogist dipl. HF  | <input type="checkbox"/> Podologin/Podologe dipl. HF  |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie BSc  | <input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapeutin/Psychomotoriktherapeut dipl. EDK / Psychomotoriktherapie BA |
| <input type="checkbox"/> Ernährung und Diätetik BSc  | <input type="checkbox"/> Radiologiefachfrau/Radiologiefachmann dipl. HF / med.-tech. Radiologie BSc           |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann Operationstechnik dipl. HF  | <input type="checkbox"/> Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter dipl. HF                                       |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger BSc  | <input type="checkbox"/> Transportsanitäterin/Transportsanitäter EFA  |
| <input type="checkbox"/> Kunsttherapeutin/Kunsttherapeut mit eidg. Diplom (inkl. Branchenzertifikat OdA Artecurea) | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt  |

Wenn Sie einen der folgenden, in der Schweiz reglementierten Berufe im Gesundheitswesen erlernt haben, werden Ihnen pauschal 350 Stunden Grundlagenausbildung angerechnet:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Drogistin/Drogist EFZ (inkl. Drogist)   | <input type="checkbox"/> Med. Praxisassistentin/Med. Praxisassistent EFZ (inkl. Med. Praxisassistent/in, Arztgehilfin DVSA) |
| <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann Gesundheit EFZ (inkl. Fachangestellte Gesundheit und Krankenpflege DN I, dipl. SRK) | <input type="checkbox"/> Fachfrau/Fachmann Apotheke EFZ (inkl. Pharmaassistent/in ab Abschluss 1994)                        |
| <input type="checkbox"/> KomplementärTherapeutin/KomplementärTherapeut mit eidg. Diplom (inkl. Branchenzertifikat OdA KT)      |   |

Diese Auflistung ist abschliessend. Es gilt die EMR-Methodenliste Anhang 1 mit den zusätzlichen Informationen.



**Wichtiger Hinweis**

Ausländische Diplome für die unter dem Punkt 3.4 genannten Berufe können nur dann vom EMR berücksichtigt werden, wenn das ausländische Diplom von einer offiziellen Schweizer Behörde oder Institution als gleichwertig anerkannt wurde. Adressen für die Anerkennung von ausländischen Diplomen finden Sie auf der EMR-Website unter: [www.emr.ch/qualitaetslabel\\_beantragen](http://www.emr.ch/qualitaetslabel_beantragen)

3.5

**Verfügen Sie über die geforderten 250 Stunden Patientenerfahrung und/oder Praktikum?**

Ja  Nein

Falls Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung ein Praktikum absolviert haben, müssen Praktikumsort und Umfang des Praktikums auf Ihrer Ausbildungsbestätigung (siehe Punkt 3.2) ausgewiesen sein.

Wenn Sie während Ihrer Ausbildung kein Praktikum absolviert haben, gilt Ihre Selbstdeklaration als Bestätigung für die Patientenerfahrung nach Abschluss Ihrer gesamten Ausbildung (Grundlagen- und Fachausbildung). Das EMR behält sich vor, diesbezüglich Stichproben durchzuführen und Behandlungs- oder Sitzungsprotokolle einzufordern.

#### 4. Auszug aus dem Strafregister

**Dokumente beilegen**

Legen Sie dem Registrierungsantrag einen Auszug aus dem schweizerischen Strafregister bei, der nicht älter als sechs Monate ist (Privatauszug).

Wenn Sie Ihren Wohnsitz im Ausland haben oder während der fünf Jahre vor dem Einreichen des Registrierungsantrags teilweise im Ausland hatten, legen Sie bitte zusätzlich einen vergleichbaren Auszug aus dem Strafregister des entsprechenden Landes bei.

**Wichtiger Hinweis**

Sollten Sie bereits beim EMR registriert sein, müssen Sie den Auszug aus dem Strafregister nicht erneut beilegen. Dies gilt jedoch nur, wenn in der Zwischenzeit kein neuer Eintrag in das Strafregister erfolgt ist. Sollte dies der Fall sein, muss ein aktueller Strafregisterauszug beigelegt werden.

Den Auszug aus dem Strafregister erhalten Sie über die Website [www.strafregister.admin.ch](http://www.strafregister.admin.ch).

#### 5. Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift ausdrücklich, dass

- alle Angaben auf diesem Registrierungsantrag vollständig und korrekt sind und dass die von mir eingereichten Dokumente echt und nicht manipuliert worden sind.
- ich das aktuelle EMR-Reglement gelesen und verstanden habe und dass ich es akzeptiere.
- ich die im EMR-Berufskodex enthaltenen Vorgaben akzeptiere und einhalte.
- ich jederzeit über alle für meine therapeutische Tätigkeit notwendigen Bewilligungen und Zulassungen verfüge.
- ich über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckung für meine Tätigkeit verfüge.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte prüfen Sie, ob Ihrem Registrierungsantrag diese Dokumente in Kopie beiliegen:

- Diplom/Zertifikat
- Ausbildungsbestätigung
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als 6 Monate)