

# Registrierungsformular B

**für in der Schweiz staatlich anerkannte Berufsabschlüsse und Zertifikate OdA AM/  
Branchenzertifikate OdA KT gemäss EMR-Methodenliste Abschnitt B**

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| <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](http://www.emr.ch) > Registrierung**

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/Diplomzusätze)
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als sechs Monate)

Senden Sie das Registrierungsgesuch 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 bis Freitag, 14 bis 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

GLN  (Global Location Number, ehemals EAN; nur eintragen, wenn vorhanden)

**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

**1.7** **Welche Ihrer Adressen soll an die Krankenversicherer übermittelt werden (Exportadresse)?**

Adresse Praxis  Adresse Privat

## 2. Berufsabschluss/Zertifikat

In Abschnitt B der EMR-Methodenliste sind alle staatlich anerkannten Berufsabschlüsse und Zertifikate OdA AM/Branchenzertifikate OdA KT aufgeführt, für die Sie sich beim EMR registrieren lassen können.

2.1

### Für welchen Abschluss möchten Sie sich registrieren?

Verwenden Sie bitte genau die Bezeichnung, die auf der EMR-Methodenliste Abschnitt B für Ihren Abschluss angegeben ist. Geben Sie ausserdem die Nummer an, die Ihrem Abschluss auf der EMR-Methodenliste Abschnitt B zugeordnet ist.

**Abschluss**

**Nummer**

2.2

### Untermethoden für Methodengruppe Nr. 118

Diese Felder brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie sich mit dem Berufsabschluss Medizinischer Masseur FA SRK für die Methodengruppe Nr. 118 registrieren lassen möchten. Mit dem eidg. Fachausweis (Med. Mass.) werden Sie automatisch mit den dazugehörigen Untermethoden registriert.

Tragen Sie hier die Bezeichnungen und Nummern der beantragten Untermethoden ein. Personen mit Fähigkeitsausweis Medizinischer Masseur FA SRK müssen dem Registrierungsgesuch zusätzlich eine Ausbildungsbestätigung beilegen, auf der Umfang und Inhalt der Ausbildung für die beantragten Untermethoden ausgewiesen sind.

**Untermethode**

**Nummer**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 3. Ausbildung

Das EMR verlangt einen Ausbildungsnachweis für den Abschluss, für den Sie sich registrieren lassen möchten.



### Dokumente beilegen

Legen Sie Ihrem Registrierungsgesuch eine Kopie des Diploms/Zertifikats (inkl. Diplomzusätze) für den Abschluss bei, den Sie unter Punkt 2.1 angegeben haben. Das Diplom/Zertifikat muss von der zuständigen Behörde oder Institution ausgestellt sein. Die auf dem Diplom/Zertifikat angegebene Berufsbezeichnung muss mit der in Abschnitt B der EMR-Methodenliste genannten übereinstimmen.

## 4. Auszug aus dem Strafregister



### Dokumente beilegen

Legen Sie dem Registrierungsgesuch 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 Registrierungsgesuchs 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. Berufshaftpflichtversicherung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über eine gültige Berufshaftpflichtversicherung mit angemessener Deckung für Ihre therapeutische Tätigkeit verfügen.

## 6. EMR-Berufskodex

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den EMR-Berufskodex gelesen haben und die darin enthaltenen Vorgaben akzeptieren und einhalten.

## 7. Unterschrift

Ich bestätige hiermit, das vollständige EMR-Reglement gelesen, verstanden und akzeptiert zu haben. Mit meiner Unterschrift bestätige ich weiterhin die Richtigkeit aller Angaben in diesem Registrierungsgesuch und der von mir eingereichten Dokumente.

Ort, Datum

Unterschrift

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

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