**Antragsformular   
Anerkennung von Intervisionsgruppen**

**Datum und Dauer des Intervisionsgruppentreffens**

Datum:

Dauer:

(in Stunden und Minuten ohne Pause – pro Stunde wird 1 Credit zugesprochen)

**Ort des Intervisionsgruppentreffens**

**Name der Intervisionsgruppe (optional)**

(z.B. SIM Intervisionsgruppe Psychiatrie Raum Baselland)

**Intervisionsgruppenleiter**

Anrede:

Titel:

Vorname:

Nachname:

**Teilnehmer des Intervisionsgruppentreffens**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anrede | Titel | Vorname | Nachname | E-Mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Bitte senden Sie das Antragsformular **in elektronischer Form** an:  
[info@swiss-insurance-medicine.ch](mailto:info@swiss-insurance-medicine.ch)