
SMSH

Société Médicale Suisse d'Hypnose Schweizerische Ärztegesellschaft für Hypnose
Secrétariat: SMSH Dorfhaldenstr.5 6052 Hergiswil
Tel. 041 281'17'45 Fax.041 280 '30'36 Postkonto 80-79261-8 e-mail: info@smsh.ch

Formulaire pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire (AFC) en hypnose médicale (SMSH / shyps) resp. du Certificat SMSH (membres SMSH seulement)

Nom, Prénom _____ date de naiss.: _____
Titre: Membre de la SMSH oui non Membre de la shyps oui non
Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Formation en Médecine:

CH-Diplôme: lieu: _____ date: _____ (photocopie en annexe)
Autre diplôme médical équivalent: _____ date: _____ (photocopie en annexe)

Membre de la FMH oui non No de membre FMH:.....

Titre de spécialiste FMH (indisp.!). date: _____ (photocopie en annexe)

Ou formation postgraduée de 5 ans reconnue (attestation en annexe)

No. Santé Suisse: No. EAN:.....

Autorisation de pratique cantonale: non oui Canton: _____

Preuves de la Formation en Hypnose Médicale obligatoires (ajoutez les attestations complètes, soit par livret d'attestations soit par les copies des certificats des cours, ainsi que les déclarations personnelles s.v.p.)

1. Cours de base 1-4 SMSH ou formation équivalent p.ex.IRHyS
2. Cours de perfectionnement 1-5 SMSH ou formation équivalent p.ex.IRHyS
3. *entretien d'évaluation avec qui : _____ date : _____
4. Séminaires SMSH
5. *Contrôle mutuel 30 heures (Intervision)
6. Supervision 10 heures en groupe
7. Supervision 10 heures particulières
8. *Etude de la littérature / d'ouvrages spécialisés: 60 heures
9. Travail avec patients min. 50 heures (décl. personnelle, vérifiable dans les dossiers médicales)
10. Présentation de 3 cas, ainsi que leur jugement et leur approbation écrite par un superviseur reconnu par la SMSH (celui-ci ne doit pas être le superviseur personnel) annexé
* formulaires à télécharger sur le site ou à demander au secrétariat.

J'aimerais figurer sur la liste des thérapeutes sur le site de la SMSH en joignant le formulaire respectif complété ...

Je déclare avoir rempli les exigences mentionnées ci-dessus en toute vérité :

Lieu/date _____

Signature _____

à envoyer au secrétariat SMSH. Noter un changement d'adresse éventuel s.v.p. Une demande avec documentations incomplètes (surtout sans quittance des paiements effectués), ne sera pas traitée.

Annexes: livret d'attestations ou attestations des cours, 3 cas, éventuellement cours de perfectionnement FMH, éventuellement diplôme médical d'un autre pays (copie), **quittance des paiements effectués (PC No. 80-79261-8 IBAN: CH62 0900 0000 8007 9261 8) Membres SMSH 330.- Non-membres 480.-** colloque d'évaluation au cours de la formation continue y compris.