

Ja, ich möchte auf der Therapeutenliste

der SMSH aufgeführt sein.

Bedingung ab 1.1.2001: Fähigkeitsausweis oder Zertifizierung SMSH

Angaben, wie sie auf der Therapeutenliste erscheinen sollen.

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Titel und Beruf</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Link auf eigene HomePage</b>	

FA vorhanden	<input type="checkbox"/>	SMSH-Zertifikat vorhanden	<input type="checkbox"/>	<b>Bitte ankreuzen</b>
FA wird beantragt	<input type="checkbox"/>	SMSH-Zert. wird beantragt	<input type="checkbox"/>	

Ich verzichte auf die Auflistung auf der SMSH-Therapeutenliste

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

**Fachgebiete**

Allergologie	Gynäkologie	Pädiatrie
Allgemein	HNO	Ophthalmologie
Anästhesie	Interne Medizin	Orthopädie
Chirurgie	Kinderpsychiatrie	Rehabilitation
Dermatologie	Neurologie	Zahnmedizin
Geriatric	Psychiatrie	

**Interessensgebiete :**

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

**Andere:**


**Datum**

**Unterschrift**

Zurücksenden an: Sekretariat SMSH Vreni Greising Dorfaldenstr.5 6052 Hergiswil  
e-mail: info@smsh.ch