

Antrag für die Anerkennung zum Einsatz von zellulären Hautersatzverfahren

(vom 1. April 2021, Revision geplant am 31. März 2024)

Antragssteller:

Name / Vorname

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Der Antrag wird gestellt für folgende(s) Produkt(e):

Apligraf®

Epifix®

NuShield®

GN

Anwenderkurs besucht am:

(bitte Kursbestätigung beilegen)

Anschriften von Fachspezialisten, mit welchen zusammengearbeitet wird:

Dermatologie

Angiologie

Gefässchirurgie

Endokrinologie/Diabetologie

Orthopädie

Anschrift(en) der Pflegeperson(en) mit SAfW- oder EWMA-Anerkennung:

Ich bestätige, über ein Wundbehandlungskonzept zu verfügen

(Dieses muss auf Verlangen vorgewiesen werden können)

Unterschrift des Antragstellers

Einsenden an: Generalsekretariat SGD, Brunnmattstr. 47, 3007 Bern,
info@derma.ch Bearbeitungsgebühr: Nichtmitglieder SAfW & SGD CHF 300,
Mitglieder CHF 150 Bankverbindung: Berner Kantonalbank, 3011 Bern
Kontoinhaber: SGD/SSDV Office, Brunnmattstr. 47, 3007 Bern
IBAN: CH85 0079 0016 5930 9428 6. Referenz: Zertifizierung SAfW

Nachweis von drei dokumentierten Fällen (nicht Anwendungen!) pro Hautersatzverfahren:
(diese sind innerhalb von Jahren nach dem Besuch des entsprechenden Anwenderkurses einzureichen)

Initialen Patient	Diagnose	Verwendetes Hautersatzverfahren	Datum der Anwendung	Supervisor (Name, Vorname)

Die korrekte Durchführung und Dokumentation wird bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift