



**SCHWEIZERISCHER VEREIN**  
**HOMÖOPATHISCHER**  
**ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**  
 SVHA | SSMH | SSMO

Praxis Stempel

Fortbildungsprotokoll – Selbstdeklaration  
 Hausarztmedizin

Jahr

Datum	Ort	Thema	Art der Fortbildung	Dozent	Dauer / Std.	Bemerkungen, Evaluation	Note 1 - 6
				Total Std.			