**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Arbeitsmedizin**

Antrag auf Anerkennung

Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

Geburtsjahr

Facharzttitel

Praxis seit

Adresse

Telefon

e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Infrastruktur / Charakteristik der Praxis**

Einzelpraxis?  ja  nein

Gruppenpraxis?  ja  nein

Anzahl Ärzte/Ärztinnen

Anzahl Untersuchungszimmer

Haben Sie einen Lehrarztkurs besucht?

ja  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit als Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen?

ja  nein

Wenn ja, wo und in welcher Funktion?

Bitte geben Sie Ihr Arbeitspensum in der Praxis an:      %

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate. Sie als Weiterbildner stellen sicher, dass dem Arzt in Weiterbildung ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht.

ja  nein

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäss FBO (Kopie FB- Diplom)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Arbeitsmedizin » vom 1. Januar 2001 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Arbeitsmedizin entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

Bern, 11.6.2021/rj