**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