**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Endokrinologie / Diabetologie**

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

Verfügt der Praxisassistenzarzt über ein eigenes Untersuchungszimmer

resp. einen eigenen Arbeitsplatz?  ja nein

zeitliche Präsenz des Praxisweiterbildners in %

Haben Sie den Einführungskurs der Stiftung WHM für Lehrpraktiker absolviert?  ja  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit  ja  nein

als Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiter-

bildungsstätte ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

Patienten sollten zu zwei Dritteln endokrinologisch/diabetologisch sein und der Kandidat betreut pro Woche mindestens 20 Patienten mit endokrinologischen/diabetologischen Erkrankungen.

ja  nein

Der Besuch von 1 Std. Weiterbildung/Woche in einer Institution der Kategorie A oder B ist gewähr-leistet.

ja  nein

Zusätzlich findet jeden Tag eine Fallbesprechung von mindestens 30 Minuten statt.

ja  nein

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

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

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

Bern, 17.5.2016/rj