**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Handchirurgie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

Datum Praxisinhaber/in

Sie erfüllen folgende Bedingungen:

Sie führen eine Praxis in eigener Verantwortung seit mindestens 4 Jahren.

[ ]  ja [ ]  nein

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert?

[ ]  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?

Sie wenden anerkannte Methoden an.

[ ]  ja [ ]  nein

Sie führen minimal 800 handchirurgische Konsultationen bzw. Konsilien pro Jahr aus.

[ ]  ja [ ]  nein

Sie garantieren eine Supervision des Kandidaten während der Sprechstunde (maximal 1 Arzt in Weiterbildung), d.h. er wendet ca. 1 Stunde/Tag für Weiterbildung auf.

[ ]  ja [ ]  nein

Sie führen mindestens 400 handchirurgische Eingriffe pro Jahr aus.

[ ]  ja [ ]  nein

Sie verfügen über Sprech-/Untersuchungszimmer für Assistenzarzt.

[ ]  ja [ ]  nein

Sie ermöglichen den Besuch von mindestens 2 Weiterbildungsstunden pro Woche.

[ ]  ja [ ]  nein

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 mit Fach-arzttitel Handchirurgie auf Abruf zur Verfügung steht.

[ ]  ja [ ]  nein

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

[ ]  Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäß FBO (FB-Diplom)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Handchirurgie» vom 1. Januar 2018 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Handchirurgie entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 19.04.2018/rj