**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Gynäkologie und Geburtshilfe**

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

Ist mindestens eine Stunde pro Tag für Supervision / Unterricht reserviert?

ja  nein

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?

Gehört die Praxis einem Weiterbildungsnetz an bzw. liegt eine Kooperationsvereinbarung mit einer A-oder einer B-Klinik vor? (bitte Nachweis beilegen)

ja  nein

Wird der Praxisassistent über ein eigenes Untersuchungszimmer resp. einen eigenen Arbeits-platz verfügen?

ja nein

Durchschnittliche Anzahl untersuchter Patientinnen pro Tag / Praxisassistent

Ist die Supervision während allen Konsultationen gewährleistet?

ja  nein

Hat der Praxisassistent die Möglichkeit, an einer theoretischen Weiterbildung teilzunehmen (mind. 2 Std. pro Woche)?

ja  nein

Hat der Praxisassistent die Möglichkeit, während einer 6monatigen Praxisassistenz an einem Blockkurs teilzunehmen?

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 auf Abruf zur Verfügung steht.

ja  nein

**Einverständnis - Erklärung**

Im Falle einer Anerkennung als Weiterbildner für Gynäkologie und Geburtshilfe akzeptiere ich für die Dauer der Praxisassistenz folgende Richtlinien für meine Präsenzzeiten:

Für die Gesamtdauer der Praxisassistenz 100%

Für die tägliche Anwesenheit 100%

(Stellvertretungen sind innerhalb dieser Rahmenbedingungen erlaubt)

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

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

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

Bern, 2.12.2019/rj