Zusatzformular 1a

Infektionsprävention und -kontrolle im Gesundheitswesen

Vor Inkrafttreten des Weiterbildungsprogramms absolvierte Weiterbildungsperioden – Ziffer 6.1 der Übergangsbestimmungen

Der/die unterzeichnende Leiter/in der Weiterbildungsstätte\* bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass Herr/Frau       während der Periode von       bis       in der Funktion eines Arztes/einer Ärztin in Weiterbildung tätig gewesen ist. In dieser Periode hat er/sie praktische und theoretische Kenntnisse auf dem Gebiet der Infektionsprävention und -kontrolle erworben, gemäss Ziffer 3 Weiterbildungsprogramm Schwerpunkt Infektionsprävention und -kontrolle im Gesundheitswesen.

Sein/Ihr Arbeitspensum während der entsprechenden Weiterbildungsperiode hat      % betragen.

Name der Weiterbildungsstätte:

Leiter/in der Weiterbildungsstätte:

Ort, Datum:      

Stempel und Unterschrift des Leiters/der Leiterin der Weiterbildungsstätte:

\* Die Weiterbildungsstätte muss zur entsprechenden Zeit die Kriterien gemäss Ziffer 5 Weiterbildungsprogramm Schwerpunkt Infektionsprävention und -kontrolle im Gesundheitswesen erfüllt haben.

04.02.2022 mun/af/sim