**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Physikalische Medizin und Rehabilitation**

[ ]  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 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?

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate.Der Weiterbildner stellt sicher, dass dem Arzt in Weiterbildung ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht.

[ ]  ja [ ]  nein

Der Weiterbildner muss mindestens ein 80% Pensum aufweisen, zu mindestens 70% muskuloskelettale Medizin betreiben und eine Statistik über die erbrachten Leistungen führen.

[ ]  ja [ ]  nein

Für den Praxisassistenten muss ein eigenes Behandlungszimmer verfügbar sein.

[ ]  ja [ ]  nein

**Einzureichende Unterlagen**

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

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabililtation» vom 1. Januar 2008 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Physikalische Medizin und Rehabilitation entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

Bern, 28.5.2020/rj