**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**médecine physique et réadaptation**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur-trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

**Caractéristiques / Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel?  oui  non

Cabinet de groupe?  oui  non

Nombre de médecins

Nombre de salles d'examen

L'assistant dispose-t-il d'une salle d'examen ou d'une place de travail?  oui  non

Temps de présence du formateur en cabinet en %

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?

oui  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée en tant que chef de clinique, médecin adjoint ou médecin-chef dans unétablissement de formation postgraduée reconnu?

oui  non

Si oui, où et dans quelle fonction?

Un remplacement du médecin titulaire du cabinet dans le cadre d’un assistanat en cabinet peut être validé à hauteur de 4 semaines par tranche de 6 mois de formation. En cas d’absence, le formateur s’assure que le médecin en formation puisse, si besoin, faire appel à un spécialiste approprié.

oui  non

Vous devez exercer au moins à 80 % d’un équivalent plein temps dont 70 % en médecine musculo-squelettique, et établir une statistique des prestations fournies

oui  non

Le médecin-assistant en cabinet doit disposer de sa propre salle de consultation.

oui  non

**Documents à joindre**

Attestation de la formation continue accomplie selon la RFC (diplôme FC)

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Je certifie avoir pris connaissance du programme de formation postgraduée du praticien en médecine physique et réadaptation du 1er janvier 2008 en particulier du chapitre 3 «Contenu de la formation postgraduée». Je certifie que mon cabinet médical offre toutes les garanties pour une formation postgraduée en tout point conforme aux exigences susmentionnées.

Lieu et date Signature

     ,      

Berne, le 28 mai 2020/rj