**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Ophthalmologie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Ophthalmologie**

Facharzt für Ophthalmologie [ ]  ja [ ]  nein

Führung einer eigenen ophthalmologischen Praxis seit (Bedingung: 2 Jahre) [ ]  ja [ ]  nein

Eigenes Sprechzimmer für die Weiterzubildenden [ ]  ja [ ]  nein

Der Weiterbildner steht zu mindestens 10% der Arbeitszeit für die Kandidaten [ ]  ja [ ]  nein

zur Verfügung.

Der Assistenzarzt hat mindestens 100 Patientenkontakte pro Monat [ ]  ja [ ]  nein

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert? [ ]  ja [ ]  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit [ ]  ja [ ]  nein

als Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiter-

bildungsstätte ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

##### Ophthalmochirurgie

Facharzt für Ophthalmologie, spez. Ophthalmochirurgie [ ]  ja [ ]  nein

Anzahl Eingriffe pro Jahr gemäss (gemäss Ziffer 3.3 des Weiterbildungsprogramms,

bitte OP-Statistik der beiden letzten Kalenderjahre beilegen!)

Anzahl der in der Praxis beschäftigten Personen

- davon medizinisches Personal

- davon administratives Personal

Über welche ophthalmochirurgischen Einrichtungen verfügt Ihre Praxis?

Welche Einrichtungen zur prae- und postoperativen Untersuchung der Patienten stehen in Ihrer Praxis zur Verfügung?

**Beantragte Kategorien:**

#### [ ]  Ophthalmologie, Kategorie D1 / Arztpraxen (6 Monate)

#### [ ]  Ophthalmochirurgie, Kategorie D2 / Arztpraxen (1 Jahr)

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

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

Ort, Datum Unterschrift des Praxisinhabers

     ,

Bern, 16.09.2014/rj