**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen**

Antrag auf Anerkennung

Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

Geburtsjahr

Facharzttitel

Praxis seit

Adresse

Telefon

e-mail

Datum Praxisinhaber/in

     

Sie sind Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen.

ja  nein

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert?

ja  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit als Oberarzt / Leitender Arzt / Chefarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen?

ja  nein

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

Sie haben die Arztpraxis während mindestens 2 Jahren selbständig geführt.

ja  nein

In Ihrer Praxis werden vorwiegend psychiatrische Abklärungen und Therapien im Bereich von Abhängigkeitserkrankungen (mindestens 50% der Patientenkontakte) durchgeführt.

ja  nein

Sie bestätigen hiermit, dass Sie nicht mehr als einen Kandidaten gleichzeitig anstellen werden.

ja  nein

Sie erstellen ein Pflichtenheft und schliessen einen Weiterbildungsvertrag ab.

ja  nein

Der Kandidat verfügt über einen eigenen Arbeitsplatz und ein eigenes Sprechzimmer.

ja  nein

Der Kandidat hat Zugang zu wissenschaftlichen Datenbanken und Zeitschriften

ja  nein

Sie bieten mindestens 2 Stunden pro Woche praktischen Unterricht oder Supervision an.

ja  nein

Die Arztpraxis betreut pro 6 Monate mindestens 50 ambulante Patienten mit Störungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen.

ja  nein

Der Kandidat kann mindestens 15 Stunden pro Woche mit Patienten arbeiten

ja  nein

Freistellung während der Arbeitszeit für den Besuch externer Weiterbildungsveranstaltungen, insbesondere des SAPP-Weiterbildungskurses

ja  nein

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäß FBO (FB-Diplom)

Pflichtenheft

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen» vom 1. Juli 2016 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 29. September 2017 / sl