**Anerkennung als Praxisweiterbildner\*in**

Neuanerkennung

Re-Evaluation

Antragssteller/in: Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsjahr Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Facharzttitel Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Praxis seit Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Praxisadresse Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

e-mail Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Stellenprozente Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**WICHTIG:**

Eine Anerkennung als Weiterbildungsstätte ist nur möglich, wenn nebst den fachspezifischen Kriterien unter Ziffer 5 des jeweiligen Weiterbildungsprogramms auch die Voraussetzungen aus der Weiterbildungsordnung (WBO) als erfüllt ausgewiesen werden können.

**Falschangaben können strafrechtlich relevant sein!**

**Beilagen:**

**Berufsausübungsbewilligung:**

Es muss kein separater Nachweis eingereicht werden; die Kontrolle erfolgt mittels den Angaben aus dem Öffentlichkeitsmodul des Medizinalberuferegisters (MedReg).

**Nachweis der Fortbildungspflicht:**

Es muss kein separater Nachweis (Kopie des Fortbildungsdiploms) eingereicht werden; die Kontrolle erfolgt mittels den von der Fachgesellschaft hinterlegten Angaben.

**Allfällige zusätzlich einzureichende Unterlagen:**

Je nach Fachgebiet ist die Einreichung von weiteren Unterlagen notwendig. Falls dies für Ihr Fachgebiet der Fall ist, finden Sie diese Information auf dem nachfolgenden fachspezifischen Formular.

**Links:**

* [Weiterbildungsprogramme](https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzttitel-und-schwerpunkte.cfm) (Kriterien zur Einteilung von Weiterbildungsstätten siehe Ziffer 5);
* Unter «Downloads»: [Weiterbildungsordnung (WBO)](https://www.siwf.ch/weiterbildungsstaetten/anerkennung-weiterbildungsstae.cfm)
* Unter «Downloads»: [Glossar](https://www.siwf.ch/weiterbildungsstaetten/anerkennung-weiterbildungsstae.cfm)
* Unter «Downloads»: [Gebührenordnung](https://www.siwf.ch/weiterbildungsstaetten/anerkennung-weiterbildungsstae.cfm)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung entsprechend der genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Vorname Name

Ort und Datum eingeben Vorname und Name eingeben

\*keine handschriftlichen Unterschriften notwendig

**Art. 39 WBO, Absatz 1-6 «Allgemeine Voraussetzungen für die Anerkennung als Weiterbildungsstätte»**

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die nachfolgend aufgeführten Anforderungen gemäss Art. 39 der WBO erfüllen:

|  |  |
| --- | --- |
| Sie als Lehrpraktikerin / Lehrpraktiker |  |
| * sind für die Einhaltung des Weiterbildungsprogramms verantwortlich (Art. 39 WBO, Absatz 1); | ja  nein |
| * sind im Besitz des geforderten Facharzttitels (Art. 39 WBO, Absatz 2); | ja  nein |
| * erfüllen die Fortbildungspflicht gemäss FBO (Art. 39 WBO, Absatz 4) | ja  nein |
| * garantieren die ständige Supervision der / des Weiterzubildenden durch eine Fachärztin oder einen Facharzt gewährleistet. Die lehrärztliche Präsenz muss mindestens 75 % des Pensums der Praxisassistenzärztin oder des Praxisassistenzarztes betragen (Art. 39 WBO, Absatz 5). | ja  nein |
| * gestalten die Dienstplanung so, dass die Höchstarbeitszeit eingehalten werden kann und eine vorgeschriebene Weiterbildung gewährleistet ist (Art. 39 WBO, Absatz 6). | ja  nein |

Überdies müssen Sie einen Lehrarztkurs besucht haben oder an insgesamt mindestens zwei Tagen an einem Teach the teachers Kurses des SIWF teilgenommen haben (bitte Teilnahmebestätigung beilegen);

ja  nein

oder Sie müssen sich über eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit in einer Kaderfunktion an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen (Art. 39 WBO, Absatz 3).

ja  nein

Wenn «ja», wo, in welcher Funktion und in welchem Zeitraum?

**Hämatologie**

**Beantragte Kategorie**

Arztpraxen (6 Monate): Anerkennung «ad personam für Praxisweiterbildner»

**Praxisinfrastruktur**

Einzelpraxis?  ja  nein

Gruppenpraxis?  ja  nein

Grösse der Praxis       m2

Anzahl Ärztinnen/Ärzte

|  |  |
| --- | --- |
| **Eigenschaften der Weiterbildungsstätte (Praxis)** | **Ihre Angaben** |
| * Sie haben vor der Anerkennung die Praxis mindestens 2 Jahre geführt (mindestens 80%-Pensum). | ja  nein |
| * Ihre Patientinnen / Patienten sind zu 50% hämatologisch und die Kandidatin / der Kandidat betreut nach einer Einführungsperiode pro Woche mindestens 20 Patientinnen / Patienten mit hämatologischen Erkrankungen. | ja  nein |
| * Ihre Arztpraxis verfügt pro Ärztin / Arzt über mindestens 1 Sprechzimmer | ja  nein |
| * Sie gewährleisten den Besuch von 2 Std. Weiterbildung/Woche in einer Institution der Kategorie A oder B.t | ja  nein |
| * Zusätzlich findet jeden Tag eine Fallbesprechung von mindestens 30-60  Minuten statt | ja  nein |

**WICHTIG / bitte beachten:**

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate. Die Lehrärztin oder der Lehrarzt stellt sicher, dass der Praxisassistenzärztin oder dem Praxisassistenzarzt eine geeignete Fachärztin oder ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht (Art. 34 WBO).