**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Endocrinologie / diabétologie pédiatrique**

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  oui  non

en tant que chef de clinique, médecin adjoint ou médecin-chef dans un  
établissement de formation postgraduée reconnu?

Si oui, où et dans quelle fonction?

Les deux tiers des patients du cabinet doivent consulter pour des problèmes endocrinologiques et diabétologiques.

oui  non

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

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

Lieu, date Signature du détenteur/trice du cabinet médical

Bern, 10.08.2020/rj