**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