



Kantonales Praxisassistenten-Programm des Kantons Bern Bewerbungsformular

Praxisassistenten vorgesehen von: _____ bis: _____

Beschäftigungsgrad _____ % Anzahl Monate _____

Schnuppertag "stattgefunden" am _____

Lehrpraktiker:

Name, Vorname _____ Titel: _____

Praxisadresse: _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

Stadtpraxis Landpraxis Agglomeration

Einzelpraxis Gruppenpraxis

Total Ärztliche Stellenprozente Praxis: _____ %

Haben Sie schon Praxisassistentenärzte beschäftigt? ja nein

Wenn ja: _____ (Anzahl) beschäftigte Assistentenärzte für insgesamt _____ Monate

Assistentenarzt:

Name, Vorname _____

Adresse: _____

Telefon _____ E-Mail _____

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden Anzahl Kinder _____

Ich bin aufgewachsen: Land Agglomeration Stadt

Gibt es unter Ihren Eltern/Geschwister der Eltern oder Grosseltern einen oder mehrere Ärzte?

ja nein Falls ja, wer (z.B. Vater etc.)? _____

Ist jemand davon Hausarzt?

ja nein Falls ja, wer (z.B. Vater etc.)? _____

Angestrebter FMH-Titel in der Grundversorgung: _____

Haben Sie bereits eine Praxisassistenten gemacht? Ja nein

Haben Sie bereits die Aufnahme der Praxistätigkeit geplant? Ja nein

Wenn ja, Wo? _____ Ab wann? _____

Haben Sie die Facharztprüfung AIM bereits abgelegt? Ja nein

Haben Sie den eidg. Facharzt-Titel AIM bereits erlangt? beantragt Ja nein

Bis zum Beginn der Praxisassistenz absolvierte und von der FMH anerkannte Weiterbildung:		
Fach, Institution, Ort	Anzahl Kalendermonate	Beschäftigungsgrad in %

Die anrechenbare Weiterbildungsdauer umgerechnet auf 100% beträgt
 _____ Jahre _____ Monate (bei Beginn der Praxisassistenz)

Für bedürftige Praxen: Gesuch Fonds
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis (d.h. bis 150% Vollzeitstelle/Praxis) <input type="checkbox"/> FMH Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Praxis, die an einem Modellversuch beteiligt ist <input type="checkbox"/> Praxis in peripherem Gebiet mit drohender Unterversorgung
Begründungen zusätzlich in Form eines Gesuch-Schreibens (Umfang mind. 1 Seite) beilegen.

Ort, Datum: _____

Assistenzarzt: _____ **Lehrpraktiker:** _____

<p>Gesuch senden an: Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM Sekretariat Weiterbildung Mittelstrasse 43, 3012 Bern contact.biham@unibe.ch</p> <p>Bitte beilegen: Lehrpraktiker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie „Anerkennung als Weiterbildner (FMH) Kat. III“ oder Eintrag im siwf-Register • Formular „Bewilligung zur Einsicht“ • Kopie Fortbildungsdiplom oder Eintrag im doctorfhm.ch • Ihr Gesuch Fonds für bedürftige Praxen (mind. 1 Seite weshalb sich der Lehrpraktiker dafür qualifiziert und ein voller Lehrpraktikerbeitrag nicht machbar wäre) <p>Assistenzarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum vitae • Kopie des Arztdiploms • (SIWF-) Zeugnisse • Arbeitsbestätigung der aktuellen Weiterbildungsstelle • Merkblatt „Praxisassistenz“, unterschrieben vom Lehrpraktiker und dem zukünftigen Praxisassistentenarzt
