

## 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**

Einzelpraxis (d.h. bis 150% Vollzeitstelle/Praxis)

FMH Kinder- und Jugendmedizin

Praxis, die an einem Modellversuch beteiligt ist

Praxis in peripherem Gebiet mit drohender Unterversorgung

Begründungen zusätzlich in Form eines Gesuch-Schreibens (Umfang mind. 1 Seite) beilegen.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Assistenzarzt:** \_\_\_\_\_ **Lehrpraktiker:** \_\_\_\_\_

**Gesuch senden an:**  
 Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM  
 Sekretariat Weiterbildung  
 Mittelstrasse 43, 3012 Bern  
[contact.biham@unibe.ch](mailto:contact.biham@unibe.ch)

**Bitte beilegen:**

**Lehrpraktiker:**

- 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)

**Assistenzarzt:**

- Curriculum vitae
- Kopie des Arztdiploms
- (SIWF-) Zeugnisse
- Arbeitsbestätigung der aktuellen Weiterbildungsstelle
- Merkblatt „Praxisassistenz“, unterschrieben vom Lehrpraktiker und dem zukünftigen Praxisassistentenarzt