

## Bewilligung zur Einsicht

Im Hinblick auf die Aufnahme als Lehrpraktiker(in) in das Programm „Praxisassistenz“ des Kantons Bern erteile ich,

Dr. med. \_\_\_\_\_

hiermit die Bewilligung, dass meine im Zusammenhang mit der **Anerkennung als Lehrpraktiker(in)** für Allgemeine Innere Medizin (bzw. Allgemeine Medizin/Innere Medizin) bzw. Pädiatrie FMH beim Generalsekretariat der FMH eingereichten Unterlagen vom Entscheidungsgremium des Programms Praxisassistenz des Kantons Bern eingesehen werden dürfen.

Ausserdem erteile ich die Bewilligung, dass meine im Zusammenhang mit dem **Nachweis der ärztlichen Fortbildung** beim Generalsekretariat der SGIM/SGAM bzw. SGP bzw. des SIWF eingereichten Unterlagen vom Entscheidungsgremium des Programms „Praxisassistenz“ des Kantons Bern eingesehen werden dürfen.

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

Praxisstempel:

\_\_\_\_\_

**Zusammen mit dem Bewerbungsformular einsenden an:**

Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM  
Sekretariat Weiterbildung  
Mittelstrasse 43  
3012 Bern