



Kanton Bern
Canton de Berne



Programme cantonal d'assistantat en cabinets du canton de Berne Formulaire de candidature

Formation d'assistantat en cabinet
médical prévue du: _____ au: _____
Temps de travail _____ % Nombre de mois _____
Journée d'introduction le _____

Médecin formateur:

Nom, prénom _____ Titre _____
Adresse du cabinet: _____
Tél. _____ Fax _____ E-mail _____
 Cabinet médical en ville Cabinet médical à la campagne Cabinet médical en agglomération
 Cabinet individuel Cabinet de groupe
Nombre de postes de travail (en pourcent) du cabinet : _____ %
Avez-vous déjà employé des médecins-assistants ? oui non
Si oui : _____ (nombre) de médecins-assistants pour un total de _____ mois

Médecin-assistant:

Nom, prénom _____
Adresse: _____
Tél. _____ E-mail _____
Etat civil: célibataire marié divorcé Nombre d'enfants _____
J'ai grandi: à la campagne en agglomération en ville
Avez-vous parmi vos parents / frères et sœurs / grands-parents un ou plusieurs médecins ?
 oui non Si oui, qui (par ex. père etc.) ? _____
Y a-t-il un médecin généraliste ?
 oui non Si oui, qui (par ex. père etc.) ? _____
Titre de spécialiste visé dans la médecine de famille: _____
Avez-vous déjà accompli un assistantat en cabinet médical? oui non
Avez-vous déjà fixé le début de votre activité future en cabinet? oui non
Si oui, où? _____ A partir de quand? _____

Formation postgrade reconnue par le ISFM accomplie avant le début de l'assistanat en cabinet médical:		
Spécialité, institution, lieu	Nombre de mois	Temps de travail en %

La durée de la formation postgrade transformée en 100 % est de _____ année _____ mois (au début de l'assistanat en cabinet médical)

Demande auprès du fonds pour les cabinets défavorisés
<input type="checkbox"/> Cabinet individuel (jusqu'aux 1,5 postes de travail ou 150 %) <input type="checkbox"/> FMH pédiatrie <input type="checkbox"/> Cabinet participant à un projet-pilote <input type="checkbox"/> Cabinet travaillant dans une région périphérique menacée par un manque d'offre médical
Prière de joindre à la candidature une justification de la demande d'aide (en une page)

Par la présente, nous souhaitons déposer une demande de participation au programme d' "assistanat en cabinet médical" du canton de Berne :

Lieu, date: _____

Médecin-assistant: _____

Médecin formateur: _____

<p>Demande à envoyer à : Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM Sekretariat Weiterbildung Mittelstrasse 43 3012 Bern contact@biham.unibe.ch</p> <p>Veillez joindre à la demande :</p> <p>Médecin formateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'attestation de formateur postgrade ISFM ou inscription dans le registre isfm • Formulaire d'autorisation de consulter les documents ISFM • Copie du diplôme de formation continue ou inscription sur doctorfhm.ch • Votre demande d'aide financière auprès du fonds (prière d'expliquer en une page pourquoi le médecin formateur est qualifié mais ne peut pas verser l'entier de la contribution salariale) <p>Médecin-assistant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum vitae • Copie du diplôme de médecine • Certificats (ISFM) des établissements de formation postgrade fréquentés • Attestation de travail d'établissement de formation postgrade actuelle • Aide-mémoire « Assistanat au cabinet médical » du canton de Berne
--