**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Infrastruktur / Charakteristik der Praxis**

Einzelpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Gruppenpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Anzahl Ärzte/Ärztinnen

Anzahl Untersuchungszimmer

Verfügt der Praxisassistenzarzt über ein eigenes Untersuchungszimmer resp. einen eigenen Arbeitsplatz?

[ ]  ja [ ] nein

zeitliche Präsenz des Praxisweiterbildners in %

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert?

[ ]  ja [ ]  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit als Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

[ ]  Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäß FBO (FB-Diplom)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie» vom 1. Januar 2021 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 16.2.2021/rj