**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Pneumologie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Praxisinfrastruktur**

- Einzelpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

- Gruppenpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

- Grösse der Praxis       m2

- Anzahl Ärzte/Ärztinnen

- Anzahl Untersuchungszimmer

- Eigener Arbeitsplatz für Praxisassistenzarzt [ ]  ja [ ]  nein

- Eigenes Untersuchungszimmer für Praxisassistenzarzt [ ]  ja [ ]  nein

Leiter mindestens 50% als Pneumologe tätig [ ]  ja [ ]  nein

Praxisanwesenheit / Supervision des Weiterbildners: 80% [ ]  ja [ ]  nein

Bereitschaft und Möglichkeit, täglich fachspezifische Besprechungen mit [ ]  ja [ ]  nein

dem Kandidaten zu führen

Anzahl Patienten pro Kandidat pro Tag: > 10 [ ]  ja [ ]  nein

Durchführung von Bodyplethysmographien und Pulsoxymetrien [ ]  ja [ ]  nein

Teilnahme des Kandidaten an regionalen Fortbildungsveranstaltungen [ ]  ja [ ]  nein

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert? [ ]  ja [ ]  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit [ ]  ja [ ]  nein

als Kaderarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate.

Sie als Praxisweiterbildner stellen sicher, dass dem Arzt in Weiterbildung ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht.

[ ]  ja [ ]  nein

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

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

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Pneumologie» vom 1. Juli 2013 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Pneumologie entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 8.12.2016/rj