**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Rheumatologie**

[ ]  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

**Charakteristik der Weiterbildungsstätte**

Rheumatologische Grundversorgung [ ]  ja [ ]  nein

Poliklinik / Ambulatorium / Praxis [ ]  ja [ ]  nein

Physiotherapie (wenigstens wöchentliche Besprechungen mit Physiotherapie) [ ]  ja [ ]  nein

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

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

als Kaderarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte A oder B ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

**Theoretische Weiterbildung**

Interne Fallvorstellung (Std./Woche)

Journal-Club (Anzahl pro Monat)

Interdisziplinäre Fallbesprechungen mit z.B. Pathologie, Dermatologie,

Neurologie, Pneumologie, Chirurgie, Radiologie (Std./Woche)

Strukturierte Weiterbildung im Fachgebiet (Std./Woche) («Curriculum»)

Möglichkeit zum Besuch externer Weiterbildungs-Veranstaltungen

(Mindestanzahl Tage pro Jahr)

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 Rheumatologie» vom 1. Januar 2011 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Allgemeine Innere Medizin entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 27.10.2016/rj