**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Geriatrie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Schwerpunkt Geriatrie

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

**Infrastruktur / Charakteristik der Praxis**

Einzelpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Gruppenpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Anzahl Ärzte/Ärztinnen

Anzahl Untersuchungszimmer

zeitliche Präsenz des Praxisweiterbildners in %

Haben Sie den Lehrarztkurs (Einführungskurs der Stiftung WHM für Lehrpraktiker) 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?

Verfügen Sie über einen Konsultationsraum und Arbeitsplatz für den Praxisassistenzarzt?

[ ]  ja [ ]  nein

**Organisation / klinische Tätigkeit**

Betreuen Sie Patienten in geriatrischen Langzeitinstitutionen (long term care)? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja,

* führen Sie regelmässige interdisziplinäre Teambesprechungen mit dem Team der Langzeitinstitution durch?

[ ]  ja [ ]  nein

* betreut Ihr Praxisassistenzarzt mindestens 35 Langzeitpatienten pro Jahr?

[ ]  ja [ ]  nein

* führen Sie ein Mentoring / Tutoring für jeden Weiterzubildenden durch?

[ ]  ja [ ]  nein

* besteht für den Weiterzubildenden die Möglichkeit zur Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen?

[ ]  ja [ ]  nein

* bieten Sie ein strukturiertes Curriculum in Geriatrie von mindestens einer Stunde pro Woche an (Fallbesprechungen auch interdisziplinär, Journal Club, Kolloquien, Qualitätszirkel)

[ ]  ja [ ]  nein

Führen Sie Diagnostik und Therapie nach anerkannten wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Methoden durch?

[ ]  ja [ ]  nein

Betreuen Sie regelmässig Notfallpatienten?

[ ]  ja [ ]  nein

Führen Sie regelmässig Hausbesuche durch und kann der Praxisassistenzarzt daran teilnehmen?

[ ]  ja [ ]  nein

**WICHTIG:** In der Praxisassistenz ist nur ein Assistenzarzt pro Lehrarzt zugelassen.

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

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

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Geriatrie» vom 1. Januar 2000 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Geriatrie entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 11.3.2019/rj