**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