

## Kantonales Praxisassistenten-Programm des Kantons Bern Bewerbungsformular

Praxisassistenten vorgesehen von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ % Anzahl Monate \_\_\_\_\_

“Schnuppertag“ stattgefunden am \_\_\_\_\_

### Lehrpraktiker/in

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Praxisadresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Stadtpraxis  Landpraxis  Agglomeration

Einzelpraxis  Gruppenpraxis

Total Ärztliche Stellenprozente Praxis \_\_\_\_\_ %

Haben Sie schon Praxisassistentenärzte beschäftigt?  ja  nein

Wenn ja: \_\_\_\_\_ (Anzahl) beschäftigte Assistentenärzte für insgesamt \_\_\_\_\_ Monate

### Assistentenärztin/arzt

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  verheiratet  geschieden Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem Lehrpraktiker verwandt?  
 ja  nein Falls ja, wie (z.B. Vater etc.)? \_\_\_\_\_

Angestrebter FMH-Titel in der Grundversorgung: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine Praxisassistenten gemacht?  Ja  nein

Haben Sie bereits die Aufnahme der Praxistätigkeit geplant?  Ja  nein

Wenn ja, Wo? \_\_\_\_\_ Ab wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie die Facharztprüfung AIM, resp. KJM bereits abgelegt?  Ja  nein

Haben Sie den eidg. Facharzt-Titel AIM, resp. KJM bereits erlangt?  beantragt  Ja  nein

Bis zum Beginn der Praxisassistenten absolvierte und von der FMH anerkannte Weiterbildung:		
Fach, Institution, Ort	Anzahl Monate	Beschäftigungsgrad in %

Die anrechenbare Weiterbildungsdauer umgerechnet auf 100% beträgt  
 \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate (bei Beginn der Praxisassistenten)

<b>Für bedürftige Praxen: Gesuch Fonds</b>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis (d.h. bis 150% Vollzeitstelle/Praxis) <input type="checkbox"/> FMH Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Praxis, die an einem Modellversuch beteiligt ist <input type="checkbox"/> Praxis in peripherem Gebiet mit drohender Unterversorgung
Begründungen zusätzlich in Form eines Gesuch-Schreibens (Umfang mind. 1 Seite) beilegen.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_  
**Assistenzärztin/** \_\_\_\_\_ **Lehrpraktikerin/**  
**Assistenzarzt:** \_\_\_\_\_ **Lehrpraktiker:** \_\_\_\_\_

<p><b>Gesuch senden an:</b>          Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM          Sekretariat Weiterbildung          Mittelstrasse 43, 3012 Bern  <a href="mailto:contact.biham@unibe.ch">contact.biham@unibe.ch</a></p> <p><b>Bitte beilegen:</b>  <b>Lehrpraktiker/in:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopie „Anerkennung als Weiterbildner (FMH) Kat. III“ oder Eintrag im siwf-Register</li> <li>• Formular „Bewilligung zur Einsicht“</li> <li>• Kopie Fortbildungsdiplom oder Eintrag im doctorfhm.ch</li> <li>• Ihr Gesuch Fonds für bedürftige Praxen (mind. 1 Seite weshalb sich der Lehrpraktiker / die Lehrpraktikerin dafür qualifiziert und ein voller Lehrpraktikerbeitrag nicht machbar wäre)</li> </ul> <p><b>Assistenzärztin/arzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curriculum vitae</li> <li>• Kopie des Arztdiploms</li> <li>• (SIWF-) Zeugnisse</li> <li>• Arbeitsbestätigung der aktuellen Weiterbildungsstelle</li> <li>• Merkblatt „Praxisassistenten“, unterschrieben von Lehrpraktiker/in und Praxisassistentenärztin/arzt</li> </ul>
---