**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Ophthalmologie**

Antrag auf Anerkennung

Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

Geburtsjahr

Facharzttitel

Praxis seit

Adresse

Telefon

e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Ophthalmologie**

Facharzt für Ophthalmologie  ja  nein

Führung einer eigenen ophthalmologischen Praxis seit (Bedingung: 2 Jahre)  ja  nein

Eigenes Sprechzimmer für die Weiterzubildenden  ja  nein

Der Weiterbildner steht zu mindestens 10% der Arbeitszeit für die Kandidaten  ja  nein

zur Verfügung.

Der Assistenzarzt hat mindestens 100 Patientenkontakte pro Monat  ja  nein

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert?  ja  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit  ja  nein

als Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiter-

bildungsstätte ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

##### Ophthalmochirurgie

Facharzt für Ophthalmologie, spez. Ophthalmochirurgie  ja  nein

Anzahl Eingriffe pro Jahr gemäss (gemäss Ziffer 3.3 des Weiterbildungsprogramms,

bitte OP-Statistik der beiden letzten Kalenderjahre beilegen!)

Anzahl der in der Praxis beschäftigten Personen

- davon medizinisches Personal

- davon administratives Personal

Über welche ophthalmochirurgischen Einrichtungen verfügt Ihre Praxis?

Welche Einrichtungen zur prae- und postoperativen Untersuchung der Patienten stehen in Ihrer Praxis zur Verfügung?

**Beantragte Kategorien:**

#### Ophthalmologie, Kategorie D1 / Arztpraxen (6 Monate)

#### Ophthalmochirurgie, Kategorie D2 / Arztpraxen (1 Jahr)

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäß FBO (FB-Diplom)

Ort, Datum Unterschrift des Praxisinhabers

     ,      

Bern, 16.09.2014/rj