**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Kinder- und Jugendpsychiatrie – psychotherapie**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisinhaber/in: Name

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Praxis seit

 Adresse

 Telefon

 e-mail

Datum Praxisinhaber/in

**Infrastruktur / Charakteristik der Praxis**

Einzelpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Gruppenpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Anzahl Ärzte/Ärztinnen

Anzahl Untersuchungszimmer

Verfügt der Praxisassistenzarzt über ein eigenes Untersuchungszimmer

resp. einen eigenen Arbeitsplatz? [ ]  ja [ ] nein

Anzahl Altersstufen

Anzahl Kategorien Pathologie

Geschlecht Patienten [ ]  ein [ ]  beide

zeitliche Präsenz des Praxisweiterbildners in %

Haben Sie den Einführungskurs der Stiftung WHM für Lehrpraktiker absolviert? [ ]  ja [ ]  nein

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

Oberarzt, Leitender Arzt oder Chefarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte

ausweisen?

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

Um eine laufende klinische Weiterbildung und Betreuung des Kandidaten zu gewährleisten, betreibt der verantwortliche Weiterbildner seine Praxis persönlich zu mindestens 50 %. Bei Abwesenheit stehen er oder eine Vertretung während der vollen Praxistätigkeit des Kandidaten für Rückfragen, Fallbesprechungen und Supervision zur Verfügung.

[ ]  ja [ ]  nein

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate. Der Weiterbildner stellt sicher, dass dem Arzt in Weiterbildung ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht.

[ ]  ja [ ]  nein

Bezüglich theoretischem/praktischem Unterricht, klinischer Weiterbildung, Kategorien der Psycho-pathologie, Geschlechter und Altersstufen müssen Arztpraxen mindestens den Erfordernissen von Weiterbildungsstätten Kategorie D genügen (vgl. Ziffer 5.6 des Weiterbildungsprogramms).

[ ]  ja [ ]  nein

Der theoretische und praktische Unterricht und die klinische Weiterbildung müssen durch eine Zu-sammenarbeit mit einer entsprechend qualifizierten Weiterbildungsstätte ergänzt werden (bitte Vereinbarung beilegen).

[ ]  ja [ ]  nein

**Einverständnis - Erklärung**

Im Falle einer Anerkennung als Weiterbildner in Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie akzeptiere ich für die Dauer der Praxisassistenz folgende Richtlinien für meine Präsenzzeiten und stehe während der vollen Praxistätigkeit des Assistenten für Supervision und Rückfragen zur Verfügung (Garantie für eine lückenlose Betreuung des Praxisassistenten).

Für die Gesamtdauer der Praxisassistenz mind. 50%

Für die tägliche Anwesenheit mind. 50%

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

[ ]  Vereinbarung mit der WB-Stätte für die ergänzende theoretisch/praktische Weiterbildung

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

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

Bern, 30. Juni 2017/rj