**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Ophtalmologie**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur/trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

e-mail

##### Ophtalmologie

Spécialiste en ophtalmologie  oui  non

Gère un cabinet médical depuis (Condition requise: 2 ans)  oui  non

Une cabine de consultation propre pour la personne en formation.  oui  non

Le formateur se tient à disposition du candidat pendant au moins 10% du  oui  non

temps de travail.

Le médecin assistant a au moins 100 contacts par mois avec les patients.  oui  non

Avez-vous suivi un cours de formateur médical?  oui  non

Ou avez-vous exercé une activité de formation postgraduée pendant au moins  oui  non

deux ans en qualité de chef de clinique / médecin dirigeant / médecin-chef dans

un établissement de formation postgraduée reconnu?

Si oui, où et dans quelle fonction?

##### Chirurgie ophtalmologique

Spécialiste en ophtalmologie et formation approfondie en chirurgie  oui  non

ophtalmologique

Nombre d’interventions attestées par année (selon chiffre 3.3 du programme

de formation postgraduée, veuillez svp. joindre les statistiques opératoires des deux dernières années!)

Nombre de personnes employées dans le cabinet médical

- postes médicaux

- postes administratifs

Votre cabinet médical dispose de quelles installations pour la chirurgie ophtalmologique?

De quel équipement disposez-vous pour l’examen préopératoire et postopératoire des patients?

**Catégorie souhaitée**

Ophtalmologie, catégorie D1 / Cabinets médicaux (6 mois)

Chirurgie ophtalmologique, catégorie D2 / Cabinets médicaux (1 an)

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Attestation de participation au cours de médecin formateur (copie)

Attestation de la formation continue accomplie selon la RFC (diplôme FC)

Lieu, date Signature du détenteur du cabinet médical

     ,      

Berne, 16.09.2014/rj