**Anerkennung als Praxisweiterbildnerin oder Praxisweiterbildner**

**Allgemeine Innere Medizin**

[ ]  Antrag auf Anerkennung

[ ]  Re-Evaluation

Praxisweiterbildner\*in: Name

 Vorname

 Geburtsjahr

 Facharzttitel

 Adresse

 Telefon

 e-mail

**Praxisinfrastruktur**

Einzelpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Gruppenpraxis? [ ]  ja [ ]  nein

Grösse der Praxis       m2

Anzahl Ärztinnen/Ärzte

Anzahl Untersuchungszimmer

Verfügen Sie in Ihrer Praxis über einen Konsultationsraum und Arbeitsplatz für die Praxisassistenzärztin oder den Praxisassistenzarzt?

[ ]  ja [ ]  nein

Steht am Arbeitsplatz oder in dessen unmittelbarer Nähe ein PC mit leistungsfähiger Internetverbindung bereit?

[ ]  ja [ ]  nein

**Charakteristik der Praxis**

Es können nur Lehrärztinnen und Lehrärzte «ad personam» anerkannt werden, bei denen der physische Kontakt mit den Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Ist das bei Ihnen der Fall?

[ ]  ja [ ]  nein

Geben Sie den Anteil Patientengut aus dem Bereich Allgemeine Innere Medizin (in %) an

     %

Wie viele Konsultationen führen Sie pro Woche durch?\*

Zahl der Konsultationen pro Woche pro Praxisassistenzärztin oder Praxisassistenzarzt\*

Konsultationen ohne Verabredung\*

Konsultationen mit Verabredung (Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten)\*

\* Bitte geben Sie Ihre persönlichen Zahlen (nicht die der kompletten Gruppenpraxis) an.

Üben Sie komplementärmedizinische Methoden aus?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn «ja»: bitte spezifizieren:

In wie vielen Fällen stehen diese komplementärmedizinischen Methoden im Vordergrund?

     %

Besondere Praxisschwerpunkte und Qualifikationen:

**Lehrärztin / Lehrarzt**

Sie als Lehrärztin oder Lehrarzt sind auch die oder der Weiterbildungsverantwortliche und tragen den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin.

[ ]  ja [ ]  nein

Bitte geben Sie Ihr Arbeitspensum an (in %)

Verfügen Sie über ein gültiges SIWF-Fortbildungsdiplom in Allgemeiner Innerer Medizin (bitte beilegen)?

[ ]  ja [ ]  nein

Mentoring / Tutoring für die Praxisassistenzärztin oder den Praxisassistenzarzt

[ ]  ja [ ]  nein

Führen Sie Diagnostik und Therapie nach anerkannten wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Methoden durch?

[ ]  ja [ ]  nein

Können Sie mindestens ein Jahr fachlich unbeanstandete selbständige Praxistätigkeit ausweisen?\*

[ ]  ja [ ]  nein

Wo und während welchem Zeitraum?\*

\* Die Gesuchseinreichung darf nicht mehr als 2 Monate vor Erfüllung der unbeanstandeten selbständigen Praxistätigkeit erfolgen.

Haben Sie den Einführungskurs der Stiftung WHM für Lehrpraktikerinnen und Lehrpraktiker absolviert? (bitte Bestätigung beilegen)

[ ]  ja [ ]  nein

Oder können Sie eine mindestens zweijährige Weiterbildungstätigkeit als Oberärztin oder Oberarzt, Leitende Ärztin oder Leitender Arzt, Chefärztin oder Chefarzt an einer anerkannten Weiterbildungsstätte ausweisen?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn «ja», wo, in welcher Funktion und in welchem Zeitraum?

Sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels und nehmen Sie zusammen mit der Praxisassistenzärztin oder dem Praxisassistenzarzt regelmässig daran teil?

[ ]  ja [ ]  nein

**Praktische Weiterbildung**

Ist die Supervision der Praxisassistenzärztin oder des Praxisassistenzarztes ständig durch eine Fachärztin oder einen Facharzt gewährleistet?

[ ]  ja [ ]  nein

Beträgt Ihre Präsenz mindestens 75% vom Arbeitspensum der Praxisassistenzärztin oder des Praxisassistenzarztes?

[ ]  ja [ ]  nein

Steht der Praxisassistenzärztin / dem Praxisassistenzarzt ein online Unterstützungssystem für klinische Entscheidungen (wie z.B. UpTo-Date oder Dynamed) zur Verfügung?

[ ]  ja [ ]  nein

Interpretieren Sie regelmässig die Röntgenbilder und die Ultraschalluntersuchungen der betreuten Patientinnen und Patienten zusammen mit der Praxisassistenzärztin oder dem Praxisassistenzarzt?

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn «nein»:

Arbeiten Sie mit einem Röntgeninstitut oder einem Kollegen dergestalt Zusammen und interpretieren Sie die Bilder der Extremitäten, des Thorax und ggf. des Achsenskelettes der betreuten Patienten zusammen mit dem Praxisassistenzärztin oder dem Praxisassistenzarzt?

[ ]  ja [ ]  nein

Betreuen Sie regelmässig Notfallpatientinnen und Notfallpatienten?

[ ]  ja [ ]  nein

Kann die Praxisassistenzärztin oder der Praxisassistenzarzt regelmässig Notfallpatienten betreuen (z. B. mittels Teilnahme am regionalen Notfalldienst)?

[ ]  ja [ ]  nein

Führen Sie regelmässig Hausbesuche durch und kann die Praxisassistenzärztin oder der Praxisassistenzarzt daran teilnehmen?

[ ]  ja [ ]  nein

Wird der selbständige Umgang mit ethischen und gesundheitsökonomischen Fragen sowie der Umgang mit Fehlern und Risiken in der Betreuung von Gesunden und Kranken in typischen Situationen der Allgemeinen Inneren Medizin vermittelt? (vgl. Art. 41 Abs. 1 h WBO))

[ ]  ja [ ]  nein

**Theoretische Weiterbildung**

4 Stunden strukturierte Weiterbildung (Kolloquien, Fallbesprechungen usw.) in Allgemeiner Innerer Medizin inkl. Journalclub wöchentlich\*

[ ]  ja [ ]  nein

Strukturierte Fallbesprechungen mind. einmal/Woche (innerhalb der strukturierten Weiterbildung)\*

[ ]  ja [ ]  nein

\*(interne Fallbesprechung oder WB-Veranstaltung an einer Klinik)

täglicher Rapport Praxisassistenzarzt – Weiterbildner

[ ]  ja [ ]  nein

Teilnahme an einer von der SGAIM anerkannten Weiter- und Fortbildungsveranstaltung (Tage/Jahr)

**WICHTIG / bitte beachten:**

In der Praxisassistenz ist nur eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt pro Lehrärztin oder Lehrarzt zugelassen.

Die anrechenbare Stellvertretung im Rahmen der Praxisassistenz beträgt 4 Wochen pro 6 Monate. Die Lehrärztin oder der Lehrarzt stellt sicher, dass der Praxisassistenzärztin oder dem Praxisassistenzarzt eine geeignete Fachärztin oder ein geeigneter Facharzt auf Abruf zur Verfügung steht (Art. 34 WBO).

**Einzureichende Unterlagen**

[ ]  Kantonale Berufsausübungsbewilligung (Kopie)

[ ]  Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

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

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Allgemeine Innere Medizin» vom 1. Januar 2022 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung» sowie die beiden oben erwähnten Punkte. Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Allgemeine Innere Medizin entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Vorname Name

     ,

Bern, 3.1.2024/rj