**Reconnaissance du formateur en cabinet médical**

**Psychiatrie et psychothérapie forensique pour enfants et adolescents**

Demande de reconnaissance

Réévaluation

Détenteur-trice: Nom

Année de naissance

Titre de spécialiste

Cabinet depuis

Adresse

Téléphone

Courriel

Date Détenteur/trice du cabinet

**Caractéristiques / Infrastructure du cabinet médical**

Cabinet médical individuel?  oui  non

Cabinet de groupe?  oui  non

Nombre de médecins

Nombre de salles d'examen

L'assistant dispose-t-il d'une salle d'examen ou d'une place de travail?  oui  non

Temps de présence du formateur cabinet en %

Avez-vous participé à un cours de médecin formateur?  oui  non

Ou pouvez-vous attester au moins deux ans de formation postgraduée en tant  oui  non

que chef de clinique, médecin adjoint ou médecin-chef dans un établissement

de formation postgraduée reconnu?

Si oui, où et dans quelle fonction?

Le cabinet procède majoritairement à des examens et thérapies en psychiatrie  oui  non

forensique pour enfants et adolescents (au moins 2/3 des contacts de patients)

Le détenteur du cabinet propose au moins 2 heures par semaine de cours  oui  non

pratique ou de supervision

Le candidat a la possibilité de suivre des sessions de formation postgraduée  oui  non

Le détenteur du cabinet rédige un cahier des charges  oui  non

et conclut un contrat de formation postgraduée avec le candidat

**Documents à joindre**

Autorisation cantonale de pratiquer (copie)

Attestation cours de médecin formateur

Contrat de formation postgraduée

Cahier des charges (description de poste, tâches, obligations, compétences)

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

Lieu, date Signature du détenteur/trice du

cabinet médical

Berne, le 30 octobre 2019/sl