**Anerkennung als Praxisweiterbildner**

**Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

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

zeitliche Präsenz des Praxisweiterbildners in %

Haben Sie einen Lehrarztkurs absolviert?

ja  nein

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

ja  nein

Wenn «ja», wo und in welcher Funktion?

**Einzureichende Unterlagen**

Kantonale Praxisbewilligung (Kopie)

Nachweis über den Besuch eines Lehrarztkurses

Nachweis der absolvierten Fortbildungspflicht gemäß FBO (FB-Diplom)

Ich habe das Weiterbildungsprogramm «Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie» vom 1. Januar 2021 zur Kenntnis genommen, insbesondere Punkt 3 «Inhalt der Weiterbildung». Ich bestätige hiermit, dass ich in meiner Praxis Gewähr für eine einwandfreie Weiterbildung im Fach Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie entsprechend der oben genannten Anforderungen bieten kann.

Ort, Datum Unterschrift Praxisinhaber/in

     ,

Bern, 16.2.2021/rj