



Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin  
 Fondation pour la Promotion de la Formation en Médecine de Famille  
 Fondazione per la Promozione della Formazione in Medicina di Famiglia

**Gesuch um Mitfinanzierung einer Praxisassistenten durch die Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin**

**A. Praxisassistenten (PA) von ..... bis .....**  
 (nur ganze Monate, jeweils nur ab 1. des Monats)

**B. Mitfinanzierung**

Unterstützt werden folgende 10 PA-Modelle. **Bitte gewünschtes Modell (1-10) einkreisen:**

Modell	BG %	Dauer Monate	Bruttolohn PAA** pro Monat (inkl. Anteil 13. ML)		Lohnkosten pro Monat (inkl. Arbeitgeber-Beiträge)		
			Mitfinanzierter Lohn	Beispiel** höherer Lohn	Stiftung WHM	Beitrag Lehrpraktiker	
					Fixer Anteil	Anteil mitfinanzierter Lohn	Anteil Beispiel** höherer Lohn
<b>1</b>	100	6	6'500	8'000	3'676	3'676	5'394
<b>2</b>	100	4	6'500	8'000	3'676	3'676	5'394
<b>3*</b>	80	8	5'200	6'400	2'941	2'941	4'315
<b>4</b>	80	6	5'200	6'400	2'941	2'941	4'315
<b>5</b>	80	4	5'200	6'400	2'941	2'941	4'315
<b>6</b>	60	10	3'900	4'800	2'206	2'206	3'237
<b>7</b>	60	6	3'900	4'800	2'206	2'206	3'237
<b>8</b>	50	12	3'250	4'000	1'838	1'838	2'697
<b>9</b>	50	9	3'250	4'000	1'838	1'838	2'697
<b>10</b>	50	6	3'250	4'000	1'838	1'838	2'697

\* Das **Modell 3** wird max. 7.5 Monate zu 80% mitfinanziert, da max. 600 Stellenprozente mitfinanziert werden.

\*\* Der/Die Lehrpraktiker/in kann einen **höheren Lohn** bezahlen, wobei er/sie für die Lohn-Differenz aufkommt. Bitte geben Sie hier den gewünschten höheren Bruttolohn (inkl. Anteil 13. Monatslohn) an: Fr. .... bei Beschäftigungsgrad (BG) von ..... %.

Nach Ablauf der mitfinanzierten Praxisassistenten kann eine **Verlängerung** im Rahmen des WHM-Programms administriert werden (Kosten Fr. 150.-- / Monat bei BG von 100%, bei Teilzeit entsprechend reduziert). Falls die Administration einer Verlängerung gewünscht ist, bitte hier ergänzen: Verlängerung bis ..... mit BG von ..... % und Lohn (gemäss BG) Fr. ....

Haben Sie parallel ein Gesuch bei Ihrem **kantonalen PA-Programm** eingereicht? Ja  Nein

**C. Eignung Lehrpraktiker/in (LP)**

	Ja	nein
FMH-anerkannte/r Lehrpraktiker/in*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WHM-Einführungskurs für Lehrpraktiker/innen besucht (ehemals KHM-Kurs)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulung über Mini-CEX und DOPS (Arbeitsplatz-basierte Assessments) absolviert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Max. 180 Konsultationen und Hausbesuche pro normale Arbeitswoche pro Lehrpraktiker/in* (Durchschnitt der letzten zwei Jahre bei BG 100%)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* Falls Gruppenpraxis: gilt für alle an der Lehre beteiligten Lehrpraktiker/innen

Name(n), Vorname(n)\* ..... Facharzt: AIM  AM  IM  KJM

..... Facharzt: AIM  AM  IM  KJM

..... Facharzt: AIM  AM  IM  KJM

Strasse ..... **Praxis: Einzel**  **Zweier**  **Gruppen**

PLZ/Ort ..... Telefon .....

E-Mail ..... **(Kontakte erfolgen per Mail!)**



Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin  
Fondation pour la Promotion de la Formation en Médecine de Famille  
Fondazione per la Promozione della Formazione in Medicina di Famiglia

#### D. Eignung Praxisassistentin/-arzt (PAA)

	Ja	nein
Inhaber/in <u>Schweizer</u> Arzt Diplom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaber/in eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannten <u>ausländischen</u> Arzt Diploms	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitglied FMH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mind. 2 Jahre, max. aber 7 Jahre (bei BG 100%) <u>FMH anerkannte Weiterbildung</u> bis zum Beginn der Praxisassistentenz, davon:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- <u>mind. 2 Jahre</u> (bei BG 100%) FMH anerkannte Weiterbildung <u>in der Schweiz</u> (bis zum Beginn der Praxisassistentenz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- <u>AIM, AM oder IM</u> als angestrebter Facharzt titel: <u>mind. 1 Jahr</u> (bei BG 100%) FMH anerkannte Weiterbildung in der <u>Inneren Medizin</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- <u>KJM</u> als angestrebter Facharzt titel: <u>mind. 2 Jahre</u> (bei BG 100%) FMH anerkannte Weiterbildung in der <u>Pädiatrie</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaber/in Facharzt titel der Grundversorgung (AIM, AM, IM, KJM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnuppertag in der Lehrpraxis durchgeführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bisher absolvierte, FMH anerkannte <u>Praxisassistentenzen</u> (in Wochen zu 100%, Teilzeit umgerechnet)		
Bisher absolvierte, FMH anerkannte <u>Praxisvertretungen</u> (in Wochen zu 100%, Teilzeit umgerechnet)		
Erfahrungsstufe (volle Weiterbildungsjahre zu 100%, Teilzeit umgerechnet)		

Name, Vorname .....

Strasse ..... PLZ/Ort .....

Telefon ..... Mobile .....

E-Mail ..... **(Kontakte erfolgen per Mail!)**

Angestrebter Facharzt titel: AIM  KJM

Die Unterzeichnenden bestätigen die Richtigkeit ihrer Angaben und akzeptieren die Rahmenbedingungen, wie sie in der **Dokumentation Praxisassistentenz** [www.whm-fmf.ch/Praxisassistentenz](http://www.whm-fmf.ch/Praxisassistentenz) [WHM/Dokumentation](http://www.whm-fmf.ch/Dokumentation) beschrieben sind. Falschangaben können die sofortige Rückforderung allfällig geleisteter Beiträge zur Folge haben.

Datum .....

Die/der LP ..... Die/der PAA .....

Dieses Gesuch muss 5-6 Monate, **spätestens aber 3 Monate vor Beginn der Praxisassistentenz** eingereicht sein bei:

WHM (Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin)  
Weissenbühlweg 8, 3007 Bern  
Mail: [info@whm-fmf.ch](mailto:info@whm-fmf.ch)

Wird das Gesuch zu spät eingereicht, werden entsprechende Anzahl Monate von einer allfälligen Mitfinanzierung abgezogen. Nach Beginn der Praxisassistentenz eingereichte Gesuche werden nicht bearbeitet bzw. mitfinanziert.