



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

Per Post an:

SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche  
Weiter- und Fortbildung  
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen  
und Ärzte  
Postfach 300  
Elfenstrasse 18  
3000 Bern 15

**Programm Praxisassistenz der Stiftung WHM (Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin)**

Im Hinblick auf die Aufnahme als Lehrpraktiker(in) in das Programm Praxisassistenz der Stiftung WHM erteile ich hiermit die Einwilligung, dass meine im Zusammenhang mit der Anerkennung als Lehrpraktiker(in) für Allgemeinmedizin, (Allgemeine) Innere Medizin bzw. Kinder- und Jugendmedizin FMH beim Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung eingereichten Unterlagen von den Entscheidungsgremien der Stiftung WHM eingesehen werden dürfen.

Mit bestem Dank und freundlichen Grüssen

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift:

---

Haben Sie schon Erfahrung mit Praxisassistenzärzten? Ja  Nein

Wenn ja, wie viele Praxisassistenzärzte haben Sie schon beschäftigt? .....

Wie viele Monate total? .....

Bitte **Kopie** dieser Einwilligung direkt an:

Frau Manolya von Erlach, Geschäftsleiterin Stiftung WHM, Mail [m.vonerlach@whm-fmf.ch](mailto:m.vonerlach@whm-fmf.ch)