

Gesuch um Mitfinanzierung einer Praxisassistenz

→ bitte elektronisch ausfüllen

Praxisassistenz

Zeitraum der Praxisassistenz von bis
 Praxisassistenzen beginnen zwingend an einem 1. des Monats
 und enden am letzten Kalendertag eines Monats.

Beschäftigungsgrad % (Mindestbeschäftigungsgrad 20%)

Bruttolohn in CHF
 (inkl. Anteil 13. Monatslohn)*

Administration gewünscht? ** Ja Nein

Die Stiftung WHM erledigt die Administration der Praxisassistenz vor resp. nach dem mitfinanzierten Zeitraum.***

Schnuppertag stattgefunden? Ja, am Nein

Wurde parallel ein Gesuch zur Mitfinanzierung bei einem kantonalen Programm
 oder einer weiteren Finanzierungsstelle (z.B. Medix) eingereicht? *

Ja, bei am
 Entscheid bewilligt abgelehnt offen

Bei Ablehnung, Begründung

Nein, Begründung

* Weitere Informationen: www.whm-fmf.ch/de/praxisassistenz/arbeitsbedingungen

** Weitere Informationen: www.whm-fmf.ch/de/praxisassistenz/administration

*** Weitere Informationen: www.whm-fmf.ch/de/praxisassistenz/teilnahmebedingungen

Assistenzärzt:in

Vorname

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Angestrebter Facharzttitel

AIM

KJM

**Haben Sie die Facharztprüfung
(AIM/KJM) bereits abgelegt?**

Ja

Nein

**Haben Sie den eidg. Facharzttitel
(AIM/KJM) bereits erlangt?**

Ja

Nein

beantragt

Haben Sie ein Schweizer Arzt Diplom?

Ja

Nein

Wenn Nein, haben Sie ein vom Bundesamt für Gesundheit
(BAG) anerkanntes ausländisches Arzt Diplom?

Ja

Nein

Sind Sie FMH-Mitglied?

Ja

Nein

Bis zum Beginn der Praxisassistenten absolvierte und von der FMH anerkannte Weiterbildungen

Fach, Institution, Ort

Anzahl Monate

Beschäftigungsgrad in %

Die anrechenbare Weiterbildungsdauer umgerechnet auf 100% beträgt

Jahre

Monate

Haben Sie bereits eine Praxisassistenten absolviert?

Ja

Nein

Falls Ja, geben Sie hier folgende Informationen an

Ort

Anzahl Monate

Beschäftigungsgrad in %

Lehrpraktiker:in

Praxis

Vorname

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Fachrichtung

AIM

KJM

Praxisform

Einzelpraxis

Gruppenpraxis

Sind Sie vom SIWF als Weiterbildner:in anerkannt?

Ja

Nein

Haben Sie den Einführungskurs für Lehrpraktiker:innen der Stiftung WHM besucht?

Ja

Nein

Haben Sie bereits SIWF-anerkannte Praxisassistenzen beschäftigt?

Ja

Nein

Der/Die Assistenzärzt:in bestätigt, dass dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt wurde und die [Teilnahmebedingungen](#) gelesen und akzeptiert wurden

Ort, Datum

Unterschrift

Assistenzärzt:in

Der/Die Lehrpraktiker:in bestätigt, dass dieses Gesuch wahrheitsgemäss ausgefüllt wurde und die [Teilnahmebedingungen](#) gelesen und akzeptiert wurden

Ort, Datum

Unterschrift

Lehrpraktiker:in

Dieses Gesuch ist vollständig mit allen unten aufgeführten Beilagen bis spätestens 3 Monate vor Beginn der Praxisassistenz per E-Mail zu senden an: info@whm-fmf.ch (Geschäftsstelle der Stiftung WHM)

Beilagen

Assistenzärzt:in

- Curriculum vitae
- Schweizer Arztdiplom oder ausländisches Arztdiplom + die Anerkennung des Diploms durch das BAG (MEBEKO)
- SIWF-Zeugnisse (e-Logbuch)
- Arbeitsbestätigung der aktuellen Weiterbildungsstelle
- Beleg FMH-Mitgliedschaft

Neue Lehrpraktiker:in

- «Anerkennung als Weiterbildner (FMH) Kat. III» oder Eintrag im SIWF-Register
- Kursbestätigung Lehrpraktiker-Kurs WHM
- Mail an info@siwf.ch und CC an info@whm-fmf.ch für die Bewilligung zur Einsicht in Unterlagen beim SIWF
- Fortbildungsdiplom oder Eintrag im doctorfmh.ch

Es können nur vollständige Gesuche (inkl. Beilagen) berücksichtigt werden.