

Assistenzärzt:in

Titel	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 %

