



## Assistenzärzt:in

Titel	Vorname			Name
Adresse			PLZ, Ort	
Telefon			E-Mail	
<b>Angestrebter Facharzttitel</b>	<b>AIM</b>	<b>KJM</b>		
<b>Haben Sie die Facharztprüfung (AIM/KJM) bereits abgelegt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		
<b>Haben Sie den eidg. Facharzttitel (AIM/KJM) bereits erlangt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>beantragt</b>	
<b>Haben Sie ein Schweizer Arzt Diplom?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Wenn Nein, haben Sie ein vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkanntes ausländisches Arzt Diplom?</b>	
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
<b>Sind Sie FMH-Mitglied?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>		
<b>Bis zum Beginn der Praxisassistenten absolvierte und von der FMH anerkannte Weiterbildungen</b>				
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

Titel                                      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](mailto: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 (SIWF) Kat. III» oder Eintrag im SIWF-Register
- Kursbestätigung Lehrpraktiker-Kurs WHM
- Fortbildungsdiplom oder Eintrag im [doctorfhm.ch](http://doctorfhm.ch)

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