

Gesuch um Mitfinanzierung einer Praxisassistentenz

→ bitte elektronisch ausfüllen

Praxisassistentz

Zeitraum der Praxisassistentenz von bis

Praxisassistentenzen beginnen zwingend an einem 1. des Monats
und enden am letzten Kalendertag eines Monats.

Beschäftigungsgrad % (Mindestbeschäftigungsgrad 20%)

**Bruttolohn pro Monat gemäss
Beschäftigungsgrad in CHF
(inkl. Anteil 13. Monatslohn)***

Schnuppertag stattgefunden? Ja, am _____ Nein _____

Wurde parallel ein Gesuch zur Mitfinanzierung bei einem kantonalen Programm oder einer weiteren Finanzierungsstelle 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/praxisassistentz/teilnahmebedingungen

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 %
-----	---------------	-------------------------

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

Ort, Datum	Unterschrift Lehrärzt:in
------------	-----------------------------

Dieses Gesuch ist vollständig mit allen unten aufgeführten Beilagen bis spätestens 3 Monate vor Beginn der Praxisassistentz 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 Lehrärzt:in

- «Anerkennung als Weiterbildner (SIWF) Kat. III» oder Eintrag im SIWF-Register
- Kursbestätigung Lehrärzt:innen-Kurs WHM
- Fortbildungsdiplom oder Eintrag im doctorfmh.ch

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