



Capricorn

Projekt Praxisassistenz Kanton Graubünden

Gesuch um Aufnahme in das Praxisassistenzprojekt Capricorn

von interessiertem Lehrpraktiker/-in oder Praxisassistentenarzt/-ärztin auszufüllen

Lehrpraktiker/-in

Name/Vorname:

Praxisadresse:

Tel.:

E-mail:

Einführungskurs KHM absolviert (Datum):

Maximal 180 Kons pro normale Arbeitswoche:

Bei Gruppenpraxis: Vertreter (Name) erfüllt Kriterien auch:

Praxisassistentenarzt/-ärztin

Name/Vorname:

Geb.Datum:

Adresse:

Tel:

E-mail:

Inhaber/-in: Schweizer Arztdiplom EU-Diplom

Staatsexamen (Datum):

Anzahl Jahre FMH-anerkannte Weiterbildung:

Bisherige Praxisassistentenstellen (alle):

Ausbildungsziel:

Angestrebte zukünftige Tätigkeit: Spitalkarriere Praxis wo?.....

Konkrete Einstiegspläne ?

Bitte Curriculum vitae in der Beilage senden

Dauer der gewünschten Praxisassistenz: von..... bis

Umfang der Praxisassistenz (100%/50%):

Dauer: 3 bzw. 6 Monate 100% oder 6 bzw. 12 Monate 50%

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift Lehrpraktiker:

Datum:

Unterschrift Praxisassistent(in):