

## Gesuch um Aufnahme in das Programm Praxisassistent Capriocorn

Formular für interessierte Lehrpraktiker/-in und Praxisassistentenarzt/-ärztin

### Lehrpraxis

Vorname/Name

Praxisadresse

Telefon

Email

Lehrpraktikerbewilligung vorhanden, Einführungskur WHM-FMF absolviert (Datum)

Maximal 180 Konsultationen pro normale Arbeitswoche    Ja     Nein

### Praxisassistentenarzt/-ärztin

Vorname/Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Email

Schweizer Arzt Diplom     EU-Diplom     CH-anerkanntes Diplom (Mebeko)

Staatsexamen

Anzahl Jahre FMH-anerkannte Weiterbildung bis Start Praxisassistent

Alle bisherigen Praxisassistentenstellen

### Ausbildungsziel

Angestrebte zukünftige Tätigkeit     Spitalkarriere wo

Praxis wo

Konkrete Einstiegspläne?

Bitte Curriculum vitae und Arzt Diplom in der Beilage senden

Dauer der gewünschten Praxisassistentenz von    bis

Umfang der Praxisassistentenz (50 – 100 %)

Dauer maximal 6 Monate 100 % oder 12 Monate 50 %

### Bemerkungen

Datum    Unterschrift Lehrpraktiker

Datum    Unterschrift Praxisassistenten/-in