

Gesuch um Aufnahme in das Programm Praxisassistentenz 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 Praxisassistentenz

Alle bisherigen Praxisassistentenzstellen

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