



Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur Praxisassistenz

Gilt nur für Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten im Rahmen kantonalem Praxisassistenzprogramm. Bitte Merkblatt Praxisassistenz beachten.

Bitte beachten Sie das Merkblatt Praxisassistenz und reichen dieses Formular zusammen mit den erforderlichen Beilagen an untenstehende Adresse ein. Die Beilagen können als Kopien eingereicht werden.

Bitte nummerieren Sie die Beilagen und tragen Sie die Nummern in der dafür vorgesehenen Spalte ein. (Beleg-Nr.)

1. Angaben des Lehrpraktikers / der Lehrpraktikerin

Name

Vorname

Adresse

Telefon

E-Mail

Praxisgemeinschaft mit

Praxistätigkeit in Obwalden seit

Nachweis aktuelles Zertifikat als Lehrpraktiker Beleg-Nr.

Nachweis Berufshaftpflichtversicherung Beleg-Nr.

2. Angaben des Praxisassistentenarztes / der Praxisassistentenärztin

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

E-Mail

Arbeitsbeginn Enddatum

Arbeitspensum %

☐ Eidgenössisches Diplom oder Anerkennung

Ort / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

☐ Doktorat

Universität / Ausstellungsdatum Beleg-Nr.

Angestrebter Facharzttitel

☐ Allgemeine Innere Medizin

☐ Kinder- und Jugendmedizin

Beruflicher Lebenslauf

Beleg-Nr.

3. Lohn

Bruttolohn entsprechend Arbeitspensum

Vertragsvereinbarung

Beleg-Nr.

4. Kurze Motivationsbeschreibung für Teilnahme am Praxisassistenzprogramm (von Assistenzarzt/Assistenzärztin auszufüllen)

.....
.....
.....

5. Wieso sollte Praxisassistent für genannte Person mitfinanziert werden? (von antragstellender Lehrpraxis auszufüllen)

.....
.....
.....

6. Bemerkungen

.....

Die Unterzeichnenden bestätigen, alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und akzeptieren die Rahmenbedingungen, wie sie im Merkblatt Praxisassistent, in den Richtlinien für Lehrpraxis und im Pflichtenheft für Assistenzärzte beschrieben sind. Falschangaben können die sofortige Rückforderung allfällig geleisteter Beiträge zur Folge haben.

Ort, Datum

.....

Unterschrift Lehrpraktiker/in

Unterschrift Assistenzarzt/ärztin

.....

Die Gesuchsunterlagen sind unterschrieben per Post einzureichen an:

Gesundheitsamt Obwalden, St. Antonistrasse 4, 6060 Sarnen

Telefon 041 666 64 58, Mail: gesundheitsamt@ow.ch