



CAPRICORN

Programm Praxisassistenz des Kantons Graubünden

Gesuch um Aufnahme in das Programm Praxisassistenz Capricorn

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

Lehrpraktiker/-in

Name/Vorname:

Praxisadresse:

Tel.:

E-mail:

Einführungskurs WHM-FMF absolviert (Datum)/bzw. Lehrpraktikerbewilligung vorhanden:

Maximal 180 Konsultationen 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 CH-anerkanntes Diplom (Mebeko)

Staatsexamen (Datum):

Anzahl Jahre FMH-anerkannte Weiterbildung bis Start Praxisassistenz:

Bisherige Praxisassistentenstellen (alle):

Ausbildungsziel:

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

Konkrete Einstiegspläne ?

Bitte Curriculum vitae und Arztdiplom in der Beilage senden

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

Umfang der Praxisassistenz (100%/50%):

Dauer: maximal 6 Monate 100% oder 12 Monate 50%

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift Lehrpraktiker:

Datum:

Unterschrift Praxisassistent(in):

Kontakt

Capricorn | c/o Grisomed | Karin Strohmaier | Tittwiesenstrasse 29 | 7000 Chur 081 286 04 04 | info@capricorn-gr.ch