



Praxisassistenten-Gesuch und –Bewilligung im Rahmen des Curriculums Hausarztmedizin

(gilt nur für Gesuche im Rahmen des Berichtes "Weiterbildung zur Hausärztin und zum Hausarzt des Kantons St.Gallen")

Nach Art. 27 ff. Verordnung über die Ausübung der medizinischen Berufe (sGS 312.0) wird die Assistenten- resp. Stellvertreterbewilligung nicht dem Assistenten (im folgenden Text wird der Einfachheit halber nur noch die männliche Form verwendet), sondern dem verantwortlichen Arzt erteilt. Das Praxisassistenten-Gesuch bzw. dieses Formular ist daher vom verantwortlichen Arzt (=Lehrarzt) und vom Leiter des Zentrums für Hausarztmedizin KSSG zu unterzeichnen und dem Kantonsarzt einzureichen (Adresse: vgl. Briefkopf). Für die Praxisassistenten allein oder in Zusammenhang mit dem Weiterbildungscurriculum gelten die Ausführungen im Bericht der Regierung vom 2. März 2007 "Weiterbildung zur Hausärztin und zum Hausarzt im Kanton St.Gallen" sowie die "Grundanforderungen für die Praxisweiterbildung angehender HausärztInnen (Praxisassistenten)" vom Oktober 2007. Die Bewilligung für Inhaber ausländischer Diplome setzt ein anerkanntes und damit dem eidgenössischen gleichgestelltes Diplom voraus. Diese Praxisassistentenbewilligung ist kostenlos.

Verantwortlicher Lehrarzt

Name	
Praxisadresse	
Fachrichtung und Dauer der Praxisassistenten	Fachrichtung Dauer: von bis

Assistent

Name	
Privatadresse	
Geburtsdatum	

Ausbildung des Assistenten (nur *eine* der Ziff. 1. oder 2.)

1. Eidgenössisches Diplom

Diplom (Datum)	
----------------	--

2. Ausländisches Diplom

a) Diplom (Datum) <u>und</u> b) Anerkennung durch die Medizinberufskommission, BAG, 3003 Bern (Datum)	
--	--

Weiterbildung des Assistenten

Schon absolvierte Weiterbildungen

Zeitraum	Adresse Spital	Fachdisziplin

Unterschrift des verantwortlichen Lehrarztes

Ort, Datum, Unterschrift	
--------------------------	--

Unterschrift des Leiters des Zentrums für Hausarztmedizin KSSG, der damit die Richtigkeit der obigen Angaben des Assistenten bestätigt

Ort, Datum, Unterschrift	
--------------------------	--

Bewilligung durch die Kantonsärztin

erteilt	Datum:	Dr. Danuta Reinholz
---------	--------	---------------------