

**Bestätigung der mind. 2-jährigen Kaderarztfunktion
(klinisch tätig und aktiv in Traumadienst integriert)
zur Erteilung des Schwerpunktes «Spezialisierte Traumatologie» nach
Übergangsbestimmungen des Weiterbildungsprogramms (Ziffer 10.5 WBP,
Privilegierte Beurteilung, für Orthopädinnen oder Orthopäden)**

Personalien

Titel: _____
Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Heimatort / Nationalität: _____
Facharzttitel: _____
Funktion beim Arbeitgeber: _____

Erklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben aufgeführte Person mindestens 2 Jahre als Kaderärztin oder Kaderarzt (mindestens Oberärztin oder Oberarzt) wie folgt klinisch tätig und aktiv im Traumadienst integriert war:

Dauer von/bis (bitte genaues Datum angeben):

Name und Adresse der Weiterbildungsstätte:

Kategorie der Weiterbildungsstätte:

Arbeitspensum _____ % klinisch

Arbeitspensum _____ % nicht klinisch (Forschung)

Absenzen

Krankheit/Unfall:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Bezahlter Mutterschaftsurlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Bezahlter Vaterschaftsurlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Militärdienst:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Unbezahlter Urlaub:	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____
Andere: _____	_____ Wochen	Datum vom _____	bis _____

Ort, Datum _____

Unterschrift/Stempel Leiter/in Weiterbildungsstätte

