

# **Bestätigung der mind. 2-jährigen klinischen Tätigkeit und aktiven Integration im Traumadienst zur Erteilung des Schwerpunktes «Spezialisierte Traumatologie» nach Übergangsbestimmungen des Weiterbildungsprogramms (Ziffer 10.6 WBP, Privilegierte Beurteilung, für Chirurginnen oder Chirurgen)**

## **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 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

