

Datenblatt FMH

Persönliche Angaben

Name: Vorname:

Privatadresse Strasse/Nr.:

PLZ: Ort:

Geburtsdatum: GLN:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Korrespondenz-Adresse: ☐ Privatadresse ☐ Berufsadresse (bitte auf Seiten 2/3 angeben)

Hinweis: Adressänderungen geben Sie uns bitte rechtzeitig via myFMH oder per E-Mail an d1m@fmh.ch bekannt.

Muttersprache/n:

Fremdsprache/n:

Korrespondenz-Sprache: ☐ deutsch ☐ französisch ☐ italienisch

Falls Italienisch nicht verfügbar: ☐ deutsch ☐ französisch

Berufliche Tätigkeit

☐ Vorübergehend nicht berufstätig ab bis

☐ Definitive Berufsaufgabe: (Datum)

Kantonale Berufsausübungsbewilligung (BAB) ☐ vorhanden ☐ beantragt ☐ keine

Kantonale Zulassung als Leistungserbringer/in zu Lasten der OKP ☐ vorhanden ☐ beantragt ☐ keine

Spital/Institut/Firma (stationär oder «andere»)

☐ Ärztliche/r Direktor/in ab Pensum: %

☐ Chefärztin/-arzt ☐ Stv. ab Pensum: %

☐ Leitende Ärztin/Leitender Arzt ☐ Stv. ab Pensum: %

☐ Kaderärztin/-arzt ab Pensum: %

Fortsetzung «Berufliche Tätigkeit»

- ☐ Oberärztin/-arzt ab Pensum: %
- ☐ Spitalfachärztin/-arzt ohne leitende Funktion ab Pensum: %
- ☐ in Weiterbildung zu Facharzttitle/Schwerpunkt ab **bis** Pensum: %
- ☐ Belegärztin/-arzt ab Pensum: %
- ☐ Konsiliarärztin/-arzt ab Pensum: %

☐ andere Funktion:

Spital/Institut/Firma:

Abteilung:

Strasse/Nr.:

PLZ: Ort:

Telefon (Zentrale): Fax (Zentrale):

E-Mail-Adresse (Zentrale):

Homepage:

→ Praxistätigkeit bitte auf Seite 3 angeben

Fortsetzung «Berufliche Tätigkeit»

Praxis/ambulante Einrichtung

☐ Bisherige oder ☐ gegenwärtige Praxis/ambulante Einrichtung

Eröffnung/Eintritt am:

Schliessung/Austritt am:

im Spital: ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ Inhaber/in Einzelpraxis
☐ Inhaber/in Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis/ambulante Einrichtung
☐ angestellt in **eigener** Praxis/ambulanter Einrichtung
☐ angestellt in Praxis/ambulanter Einrichtung
☐ in Weiterbildung

Pensum:% ZSR-Nummer:

Name Praxis/Einrichtung:

Strasse/Nr.:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax:

E-Mail Praxis/Einrichtung:

Homepage Praxis/Einrichtung:

Praxislabor: ☐ Ja ☐ Nein
 Selbstdispensation: ☐ Ja, voll ☐ Ja, eingeschränkt ☐ Nein

☐ Neue oder ☐ zusätzliche Praxis/ambulante Einrichtung

Eröffnung/Eintritt am:

Schliessung/Austritt am:

im Spital: ☐ Ja ☐ Nein

- ☐ Inhaber/in Einzelpraxis
☐ Inhaber/in Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis/ambulante Einrichtung
☐ angestellt in **eigener** Praxis/ambulanter Einrichtung
☐ angestellt in Praxis/ambulanter Einrichtung
☐ in Weiterbildung

Pensum:% ZSR-Nummer:

Name Praxis/Einrichtung:

Strasse/Nr.:

PLZ: Ort:

Telefon: Fax:

E-Mail Praxis/Einrichtung:

Homepage Praxis/Einrichtung:

Praxislabor: ☐ Ja ☐ Nein
 Selbstdispensation: ☐ Ja, voll ☐ Ja, eingeschränkt ☐ Nein

Wünschen Sie eine Publikation in der SAEZ*: ☐ Ja ☐ Nein

* nur bei Neueröffnung durch den Inhaber anzukreuzen