



Erfassungsblatt Lehrpraktiker / -innen

Angaben zum Hausarzt / zur Hausärztin	
Titel	
Vorname	
Nachname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	
Jahr der Niederlassung GLN-Nummer	
Sind Sie Mitglied eines Ärztenetzwerks?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welches?
Facharzttitel	<input type="checkbox"/> Allgemeine Innere Medizin <input type="checkbox"/> Praktischer Arzt <input type="checkbox"/> Pädiatrie Weitere:
Fähigkeitsausweise	<input type="checkbox"/> Manuelle Medizin <input type="checkbox"/> Sportmedizin <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> Psychosomatik Weitere:
Besondere Schwerpunkte	
Adresse	
E-Mail (bevorzugte direkte Kommunikation)	
Telefon	
Fax	
Angaben zu Medizinischen Praxisassistentinnen	
Stellenprozente MPA Praxis insgesamt (1.5 MPA = 150 %)	
E-Mail MPA / E-Mail Praxis (falls nicht identisch mit Arzt)	



Angaben zur Praxis	
Anteil Patientengut aus dem Bereich Allgemeine Innere Medizin / Pädiatrie	
Anzahl der Konsultationen pro Woche	
Anzahl Konsultationen für den PA pro Woche	
Ca. Anzahl Hausbesuche / Woche	
Konsultationen ohne Voranmeldung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsultationen mit Voranmeldung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie komplementärmedizinische Methoden aus? Wenn ja, welche? In wie vielen Fällen stehen diese komplementär- medizinischen Methoden im Vordergrund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Führen Sie in der Praxis eine elektronische Krankengeschichte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?
Ist die Praxis zertifiziert?	<input type="checkbox"/> Ja, EQUAM <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, andere nämlich:

Praxisinfrastruktur	
Praxisform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Doppelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis Anzahl Ärzte:
Praxisgrösse (m ²)	
Anzahl Untersuchungszimmer	
Eigener Arbeitsplatz für PA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eigenes Untersuchungszimmer für PA	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Internetzugang vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Durchgeführte Untersuchungen in der Praxis	<input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Praxislabor <input type="checkbox"/> Spirometrie <input type="checkbox"/> Ergometrie <input type="checkbox"/> eigenes Röntgen <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> kleine Chirurgie Weiteres:



Gelb hinterlegte Kriterien sind zwingende Grundbedingungen für die Aufnahme ins Praxisassistentenprogramm (siehe [Konzept Curriculum und Praxisassistenten](#)).

Betreuung Praxisassistent / Praxisassistentin (PA)	
Zeitliche Präsenz des Lehrpraktikers (%)	
Anerkennung als SIWF - Weiterbildungsstätte? (Kat III, Allgemeine Innere Medizin bzw. Pädiatrie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie den Didaktikkurs der Stiftung WHM absolviert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?
Ist eine Praxisassistenten in Teilzeit möglich oder gewünscht? Wenn ja, mit welchem Pensum?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> % bis % <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> %

Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin: Lehre / Forschung	
Waren sie in den letzten 3 Jahren als Lehrarzt (für Medizinstudenten) an der Universität tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja: <input type="checkbox"/> Praxisbesuch <input type="checkbox"/> Einzeltutoriat <input type="checkbox"/> Klinischer Kurs (entfällt seit 2019) <input type="checkbox"/> Andere, nämlich:
Waren Sie als Lehrarzt einer anderen Universität tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche?
Waren Sie in den letzten 3 Jahren an Studien des Institutes für Hausarztmedizin beteiligt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, an welchen? <input type="checkbox"/> COSMOS-Studie <input type="checkbox"/> HWI-Studie <input type="checkbox"/> Hospital Discharge-Studie <input type="checkbox"/> Chronic Care <input type="checkbox"/> Sonstige:
Sind Sie Mitglied des FIRE-Projektes?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es sonstige Verbindungen mit dem Institut für Hausarztmedizin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?

Aktuelles Datum:

Bitte senden oder faxen Sie das elektronisch ausgefüllte Formular an:

Institut für Hausarztmedizin, Pestalozzistrasse 24, 8091 Zürich

Fax-Nr. 044 / 255 90 97

oder per E-Mail an brigit.soom@usz.ch