



Beurteilungsformular zum praktischen Nachweis

als Teil der eidgenössischen Prüfung Humanmedizin 2020 gemäss Artikel 4a Absatz 1 Buchstabe b der Covid-19-Verordnung eidgenössische Prüfung Humanmedizin 2020 vom 27.5.2020.

Dieses Beurteilungsformular ist durch die Leiterin bzw. den Leiter der Weiterbildungsstätte auszufüllen.

1. Angaben zur Kandidatin / zum Kandidaten

Vorname, Name
Geburtsdatum
Adresse

2. Angaben zur Leiterin / zum Leiter der Weiterbildungsstätte:

Titel
Vorname, Name
Institution
Adresse

3. Beurteilung durch Leiterin / Leiter der Weiterbildungsstätte

Als Leiterin / Leiter der Weiterbildungsstätte beurteile ich die Kandidatin / den Kandidaten basierend auf einer mindestens 6-wöchigen Zusammenarbeit und auf 2 ausgefüllten SIWF-Assessment Bögen.

In folgenden Bereichen hat die Kandidatin / der die Fähigkeiten und Fertigkeiten erfüllt, die sie / er zur Berufsausübung unter fachlicher Aufsicht benötigt:

	erfüllt	nicht erfüllt ¹⁾
Anamnese/strukturierte Informationsgewinnung (auch aktenbasiert)		
Status/analytische Bestandsaufnahme		
Management (Abklärungs-, Behandlungs- oder Projektplan)		
Kommunikation (Patienten/Kunden/im Team)		

¹⁾muss auf Seite 2 begründet werden

- Wenn eine Kandidatin / ein Kandidat **alle 4 Bereiche erfüllt**, hat sie / er den praktischen Nachweis erbracht und die eidgenössische Prüfung in Humanmedizin 2020 bestanden. Der provisorische Eintrag ins Medizinalberuferegister wird auf definitiv gesetzt.
- Falls einer oder mehrere Bereiche **nicht erfüllt sind**, muss die Leiterin / der Leiter der Weiterbildungsstätte auf der Seite 2 eine schriftliche Begründung geben. Die Kandidatin / der Kandidat kann entscheiden, ob ein negativer Entscheid ans BAG weitergereicht werden soll oder nicht.

Ort, Datum

Unterschrift Leiter/in der Weiterbildungsstätte

4. Begründung des Entscheides «nicht erfüllt»

Eine Begründung des Entscheides «nicht erfüllt» ist hier vom Leiter/von der Leiterin der Weiterbildungsstätte zwingend aufzuführen:

5. Einverständnis, dass diese Beurteilung beim BAG

(von der Kandidatin / dem Kandidaten auszufüllen):

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass diese Beurteilung beim BAG eingereicht wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Kandidaten/der Kandidatin

6. Einsendung des Beurteilungsformulars an das BAG

(von der Leiterin / vom Leiter der Weiterbildungsstätte einzusenden)

Adresse BAG:

- Bundesamt für Gesundheit, Sektion Vollzug Gesundheitsberufe, 3000 Bern