

# Erfassungsblatt Lehrpraktiker\*innen zur Teilnahme am Praxisassistentz (PA-) Programm

Angaben zur Ärztin/zum Arzt	
Titel	
Nachname	
Vorname	
Geschlecht	weiblich    männlich    divers
Geburtsdatum (dd/mm/jjjj)	
Jahr der Niederlassung	
GLN-Nummer	
Sind Sie Mitglied eines Ärztenetzwerks	Ja    Welches?  Nein
Weiterbildungs-/Facharztstitel	Praktische/r Ärztin/Arzt    Allgemeine Innere Medizin  Kinder- & Jugendmedizin (Pädiatrie)  Sonstiges:
Fähigkeitsausweise/Schwerpunkte	Manuelle Medizin    Sportmedizin  Praxislabor    Röntgen  Sonographie    Psychosomatik  Entwicklungs pädiatrie    Kindernotfallmedizin  Weitere:
Adresse	
E-Mail (bevorzugte direkte Kommunikation)	
Telefon	
Fax	



Angaben zu Medizinischen Praxisassistent*innen (MPA)	
Stellenprozent MPA Praxis insgesamt (z.B.: MPA = 150%)	
E-Mail MPA/Praxis (falls nicht identisch mit Ärztin/Arzt)	
Angaben zur Praxis	
Anteil Patientengut aus dem Bereich Allgemeine Innere Medizin (%)	
Anteil Patientengut aus dem Bereich Pädiatrie (%)	
Anzahl Konsultationen für PA/Woche	
Anzahl Hausbesuche pro Woche	
Konsultationen <u>ohne</u> Voranmeldung	Ja      Nein
Konsultationen <u>mit</u> Voranmeldung	Ja      Nein
Üben Sie komplementärmedizinische Methoden aus?	Ja      Nein
Wenn ja, welche?	
In wie vielen Fällen stehen diese komplementärmedizinischen Methoden im Vordergrund?	
Führen Sie in der Praxis eine elektroni- sche Krankengeschichte?	Ja      Nein
Wenn ja, welche?	
Ist die Praxis zertifiziert?	Ja, EQUAM Ja, andere: Nein
Praxisinfrastruktur	
Praxisform	Einzelpraxis      Doppelpraxis Gruppenpraxis Anzahl der Ärzt*innen in der Praxis:
Praxisgrösse (m <sup>2</sup> )	
Anzahl Untersuchungszimmer	

Eigener Arbeitsplatz für PA	Ja	Nein
Eigenes Untersuchungszimmer für PA	Ja	Nein
Internetzugang vorhanden	Ja	Nein
Durchgeführte Untersuchungen in der Praxis	EKG Spirometrie Eigenes Röntgen Kleine Chirurgie  Weiteres:	Praxislabor Ergometrie Sonographie
<b>Betreuung Praxisassistent*in</b>		
Zeitliche Präsenz des Lehrtaktikers (%)		
Anerkennung als SIWF-Weiterbildungsstätte? <i>(Kat. III, Allgemeine Innere Medizin bzw. Pädiatrie)</i>	Ja	Nein
Haben Sie einen Lehrpraktiker*innenkurs absolviert?	Ja	Wann? Nein

*Die Einführungskurse für Lehrpraktiker sind beim WHM häufig über Monate im Voraus ausgebucht. Eine Anmeldung bei uns als Lehrpraktiker\*in ist auch ohne Kurs möglich, solange Sie den Kurs zum nächstmöglichen Zeitpunkt nachholen.*

Ist eine PA in Teilzeit möglich oder gewünscht?	Ja	Nein
Wenn ja, welches Pensum für eine PA wäre bei Ihnen möglich? <i>(muss min. 50% sein)</i>		



### Zusammenarbeit mit dem Institut für Hausarztmedizin: Lehre/Forschung

Gemäss «Konzept (Reglement) Curriculum und Praxisassistenz», als Teil der Leistungsvereinbarung mit der Gesundheitsdirektion ZH, ist das Engagement der Lehrpraxis in der studentischen Lehre sowie der Forschung im Bereich der Hausarztmedizin Voraussetzung für die Entsendung von Assistenzärzt\*innen in eine Lehrpraxis. Durch die Subventionierung der Assistenzärzt\*innen werden der Lehrpraxis Freiräume zum Engagement in der Lehre und Forschung geschaffen. Wenn zum Zeitpunkt der Registrierung als Lehrpraktiker\*in noch kein Engagement in der studentischen Lehre/Forschung im Bereich der Hausarztmedizin stattfindet, verpflichtet sich die Lehrpraxis diese zum nächsten Zeitpunkt aufzunehmen, sollten Assistenzärzt\*innen in die Lehrpraxis entsandt werden. (Für Lehrpraktiker\*innen aus der Pädiatrie ist ein Engagement in der Forschung aktuell keine Voraussetzung für die Entsendung von PA).

Waren Sie in den letzten drei Jahren als Lehrärzt*in im Bereich der Hausarztmedizin (für Medizinstudierende) an der Universität Zürich tätig?	Ja      Nein
	Wenn ja: Praxisbesuch                      Einzeltutoriat Andere:
Waren Sie als Lehrärzt*in in einer anderen Unversität tätig?	Ja      Welche? Nein
Waren Sie in den letzten drei Jahren an Studien des Institutes für Hausarztmedizin beteiligt?	Ja      Nein
Sind Sie Mitglied des FIRE-Projektes?	Ja      Nein
Gibt es sonstige Verbindungen mit dem Institut für Hausarztmedizin?	Ja      Welche? Nein

Aktuelles Datum

► Bitte senden Sie das elektronisch ausgefüllte Formular an das Institut für Hausarztmedizin:  
[karin.zambelis@usz.ch](mailto:karin.zambelis@usz.ch) oder Fax 044 255 90 97