

Finanzen und Gesundheit
Gesundheit
Rathaus
8750 Glarus

Gesuch um Bewilligung der Teilnahme und Kostenübernahme am Programm Weiterbildung in der Hausarztmedizin (Praxisassistentz/Hausarztcurriculum)

Für die Teilnahme der Kandidatinnen und Kandidaten am Programm für Praxisassistentz oder am Hausarztcurriculum sowie zur Übernahme des Kostenanteils des Kantons Glarus ist eine Bewilligung der Hauptabteilung Gesundheit erforderlich.

Das ausgefüllte Gesuchsformular wird für die Praxisassistentz der Chefärztin bzw. dem Chefarzt Innere Medizin des Kantonsspitals Glarus und für das Curriculum der Leitung Zentrum für Hausarztmedizin des Kantonsspitals St. Gallen zur Prüfung und Unterschrift zugestellt (für beide Programmteile muss ein separates Gesuch ausgefüllt werden). Diese holen die Bewilligung bei der Hauptabteilung Gesundheit des Kanton Glarus ein. Erst nach der schriftlich vorliegenden Bewilligung kann die Vertragserstellung ausgelöst werden.

Die in den erwähnten Dokumenten erwähnten Bestimmungen sind dabei für die Bewilligung verbindlich. Die Bewilligung ist kostenlos.

Angaben zum beabsichtigten Programm

Programm:	<input type="checkbox"/> Praxisassistentz	<input type="checkbox"/> Hausarztcurriculum
Fachrichtung:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
Dauer:	Von Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. bis Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.	
Beschäftigungsgrad:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
Verantwortliche/r Lehrärztin/-arzt resp. Chefärztin/-arzt	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	
Einsatzort:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	

Personalien der Assistenzärztin bzw. des Assistenzarztes

Nachname:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Vorname:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ledigname:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Geburtsdatum:	Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
Telefonnummer:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
E-Mail:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Global Location Number (GLN):	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Adresse:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
PLZ Ort:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ausbildung der Assistenzärztin/des Assistenzarztes

Eidgenössisches Diplom (Datum, Ort)	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ausländisches Diplom: (Datum, Ort):	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

MEBEKO-Anerkennung:	
---------------------	--

Bereits absolvierte Weiterbildungen der Assistenzärztin bzw. des Assistenzarztes

Dauer (von Monat/Jahr bis Monat/Jahr)	Weiterbildungsstätte (Klinik/Spital etc)	Fachgebiet
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. – Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. – Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. – Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. – Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. – Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.	Wählen Sie ein Element aus.

Unterschrift Assistenzärztin / Assistenzarzt (Bestätigung der Richtigkeit der Angaben)

Ort, Datum:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Unterschrift:	

Unterschrift Lehrärztin/Lehrarzt resp. Chefärztin/-arzt

Ort, Datum:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Unterschrift:	

Unterschrift Chefärztin/-arzt Innere Medizin Kantonsspital Glarus bzw. Leitung Zentrum für Hausarztmedizin Kantonsspital St. Gallen

Ort, Datum:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
-------------	---

Unterschrift:	
---------------	--

Bewilligung durch Hauptabteilung Gesundheit

Ort, Datum:	Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Unterschrift:	