



Fragebogen für die Aufnahme als ausserordentliches Mitglied von MFÄF

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| Name: | Vorname: |
| Heimatort: | Geburtsdatum und -ort: |
| Zivilstand: | Lediger Name: |
| Muttersprache*: | E-mail: |
| Berufliche Telefon-Nr: | Privat Telefon-Nr: |
| Aktueller Wohnsitz: | Zukünftiger Wohnsitz: |
| Aktuelle Praxisadresse: | Zukünftige Praxisadresse: |
| Datum der Übernahme: | |

*Wenn die Muttersprache nicht eine der kantonalen Sprachen ist(Deutsch, Französisch), müssen Sie eine Bescheinigung über die Sprachkenntnisse in einer dieser Sprache beilegen (Zertifikat mindestens Niveau C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GERS) von Maximum 12 Monaten).

Mitgliedschaft in anderen Ärztesellschaften:

Akademische Titel und Ämter:

Funktion oder Privatvertrag
(Spital, Praxisangestellter, usw.):

Praxistätigkeit in % im Kanton FR:

Praxistätigkeit in % im Kanton von:

Konsultationssprachen: Deutsch Französisch Italienisch Englisch
weitere Sprachen:

Führen Sie Laborarbeiten durch? Ja Nein

Führen Sie Radiologiearbeiten durch? Ja Nein

Besondere Auszeichnungen:



VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich weder von einer Ethikkommission, einer Aufsichtskommission oder einer vergleichbaren Instanz noch von einem Strafgericht oder einer Staatsanwaltschaft in der Schweiz oder im Ausland verurteilt worden bin, oder eine Klage gegen mich vorliegt. Ich verpflichte mich, die MFÄF schriftlich zu informieren, falls gegen mich in Zukunft eine administrative, zivil- oder strafrechtliche Sanktion durch die genannten Behörden, gegen mich verhängt wird.

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die MFÄF und die FMH, mit den Behörden und ärztlichen Direktionen der Institutionen, in denen ich tätig war, mit meinen Arbeitgebern, mit anderen Kantonen und/oder Ländern sowie mit den Justizbehörden Kontakt aufzunehmen, um die Richtigkeit der gemachten Angaben zu überprüfen.

Name und Vorname:

(in Grossbuchstaben)

Datum des Eidgenössischen Arztdiploms oder der Anerkennung des
Arztdiploms:

Ort und Datum:

Originalunterschrift :

Wir bitten Sie, dem Antrag folgende Dokumente beizulegen:

1. Curriculum vitae mit einem Passfoto (Foto wenn möglich in digitaler Form)
2. Kopie des eidgenössischen Arztdiploms oder Anerkennung
3. Kopie des eidgenössischen Facharzttitels oder Anerkennung
4. Kopie des Doktorates oder Anerkennung
5. Kopie der Bewilligung für den Kanton Freiburg oder anderweitiger Nachweis des Engagements einer Gesundheitseinrichtung im Kanton
6. Für Ärzte mit ausländischem Weiterbildungstitel alle Ausbildungsnachweise (insbesondere in Krankenhäusern), die zur Erlangung des Facharzttitels durchgeführt werden.
7. einen aktuellen (höchstens 3 Monate alten) Auszug aus dem schweizerischen Zentralstrafregister; wenn Sie sich noch nicht oder weniger als 5 Jahre in der Schweiz aufhalten: einen aktuellen Auszug aus dem Zentralstrafregister aller Länder im Original, in denen Sie sich in den letzten 5 Jahren aufgehalten haben, ausgestellt in einer schweizerischen Amtssprache oder in Englisch
8. Für ausländische Ärzte: eine aktuelle (höchstens 3 Monate alte) Unbedenklichkeitsbescheinigung (« certificate of good standing ») im Original, ausgestellt in einer schweizerischen Amtssprache oder in Englisch durch die zuständigen Behörden der Länder, in denen Sie Ihren Beruf ausgeübt haben

Der Fragebogen sowie die eingereichten Unterlagen bleiben Eigentum von Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg und werden im Sekretariat aufbewahrt.

Die einmaligen Aufnahmegebühren betragen CHF 250.- und werden Ihnen nach der Aufnahme in Rechnung gestellt.

Bitte senden Sie Ihr Dossier per mail an secretariat@smcf.ch