

## Gesuchformular Praxisassistenz Kanton Solothurn

### Praxis:

Name und Adresse

### Lehrärztin / Lehrarzt:

Name

FMH Titel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

### Praxisassistent/in:

Name

Adresse

Ausbildungsziel

Tel. Nr. / Mobile Nr.

E-Mail

---

### Curriculum

Bitte nennen Sie hier die wichtigsten Stationen Ihres Lebenslaufs:

---

### Dauer und Pensum der Praxisassistenz

Bitte geben Sie den Grund an, falls Sie ein reduziertes Pensum beantragen.

### Zielvereinbarung

Bitte geben Sie hier das zu erreichende Ziel der Praxisassistenz an.

- Ich bestätige, dass bisher noch keine Praxisassistenz in einer Arztpraxis absolviert wurde, welche ein Kanton oder eine andere öffentliche Institution (mit-)finanzierte

Das Gesuchformular wird durch die PGP genehmigt und ist integrierender Bestandteil des Projektes Praxisassistenz und des Vertragswerkes Praxisassistenz der Solothurner Spitäler AG soH.

Ort und Datum:

Bitte das **Gesuchformular** und die **Ausweise** (Arztdiplom, Dissertationsbestätigung, FMH-Protokolle, Arbeitszeugnisse, etc.) elektronisch senden an:

Lara Allemann  
Administration Praxisassistenten  
Solothurner Spitäler AG  
Schlössliweg 6  
4500 Solothurn  
Tel. 032 627 47 05  
[lara.allemann@spital.so.ch](mailto:lara.allemann@spital.so.ch)