



palliative.ch

gemeinsam kompetent
ensemble compétent
insieme con competenza



Adresse

Datum

Bescheinigung Weiterbildungszeit in Palliativmedizin

Weiterbildungszeit von _____ bis _____ mit Anstellungsgrad von _____ %.

Absenzen in dieser Zeit: _____ Tage Total

Datum der Absenz von: _____ bis _____ zu _____ %; Grund:

Datum der Absenz von: _____ bis _____ zu _____ %; Grund:

Datum der Absenz von: _____ bis _____ zu _____ %; Grund:

Datum der Absenz von: _____ bis _____ zu _____ %; Grund:

Datum der Absenz von: _____ bis _____ zu _____ %; Grund:

Weitere Absenzen *(Dauer, %-Angabe und Gründe)*

Bescheinigung durch die Leiterin, den Leiter der von **palliative.ch** zertifizierten Weiterbildungsstätte (einer von **qualitépalliative** zertifizierten Institution)

Ort, Datum

Dr. med. Palliativmediziner:in

Stempel und Unterschrift

Bescheinigung durch **palliative.ch**, dass im oben erwähnten Zeitraum die Weiterbildungsstätte nach den Regeln von **palliative.ch** zertifiziert war.

Ort, Datum

Visum Geschäftsleitung **palliative.ch**

Stempel und Unterschrift