



klinische Weiterbildungsbescheinigung

Interdisziplinärer Schwerpunkt Palliativmedizin

V19.02.2026/Fgä

1. Angaben zur Kandidatin / zum Kandidaten

- Name, Vorname:
- Geburtsdatum:

2. Angaben zur Weiterbildungsstätte

- Name/Klinik/Institution/Dienst:
- Adresse:
- Anerkennung als Weiterbildungsstätte (ISFM/WBO): A B
 - Datum Erst-/Neuanerkennung:
- Zertifizierung Palliative Care (z. B. qualitépalliative):
 - Datum Erst-/Neuzertifizierung
- Weiterbildungsverantwortliche Person(en):
 - Name, Vorname:

3. Übersicht der absolvierten klinische Weiterbildung

Die Einträge müssen der effektiven Anstellung und Funktion entsprechen.

Zeitraum (von – bis)	Anstellung in %	Funktion/Rolle	Bereich (stationär / ambulant / konsiliarisch)	Kategorie (A/B)	Bemerkungen

Forschungszeit (falls vorhanden, max. 3 Monate anrechenbar):

4. Absenzen und Beurlaubungen (Art. 31 WBO)

- Die klinische Weiterbildung fand ohne Unterbrechung in den oben genannten Zeiten statt.
- Die klinische Weiterbildung wurde aufgrund von Absenzen/Beurlaubungen gemäss Art. 31 WBO unterbrochen:

Zeitraum (von – bis)	Grund (z. B. Krankheit, unbez. Urlaub, Mutterschaft, Elternzeit, Militär, ...)	anrechenbar gemäss WBO/SIWF (ja/nein)	Bemerkungen

5. Zusammenfassende Beurteilung / Lernziele

Die/Der Kandidat*in hat im genannten Zeitraum die in der spezialisierten Palliativmedizin geforderten Tätigkeiten wahrgenommen.

Ort/Datum:

Leitung der Weiterbildungsstätte:

Name, Vorname:

Titel/Funktion:

Unterschrift

Stempel der Institution