**Bestätigung über Praxistätigkeit mit Laborverordnung während 2015 und 2016**

Auszufüllen durch Ihren Arbeitgeber oder bei Gruppenpraxen durch Ihren Praxispartner.

Hiermit bestätige ich, dass

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Antragstellers Fähigkeitsausweis Praxislabor gem. Übergangsregelung |  |
| Im ZeitraumVon :Bis: |  |

**in unserer Praxis gearbeitet und in diesem Zeitraum Laborleistungen in unserm Praxislabor verordnet hat.**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname des Arbeitgebers(bei Gruppenpraxen Name und Vorname des Praxispartners) |  |
| Praxis |  |
| Ort und Datum |  |
| Stempel/Unterschrift |  |

**Kollegium für Hausarztmedizin - Schweizerische Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung**

Ruede l’Hôpital 15, Postfach 1552, 1701 Freiburg | Tel. 031 370 06 70 | email: khm@hin.ch