

## **Fragebogen zur Bewerbung als akademische Lehrpraxis in der Allgemeinmedizin**

Rücksendung an: [meyer\\_v1@ukw.de](mailto:meyer_v1@ukw.de) oder per Fax an 0931-201 6055230

Praxisstempel:

Email – Adresse: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

Sie sind: (zutreffendes bitte ankreuzen)

FA Allgemeinmedizin.....	<input type="checkbox"/>
Hausärztlicher Internist.....	<input type="checkbox"/>
FA für _____	<input type="checkbox"/>

Praxisform: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelpraxis.....	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftspraxis.....	<input type="checkbox"/>
Praxisgemeinschaft.....	<input type="checkbox"/>
MVZ.....	<input type="checkbox"/>

Anzahl der medizinisches Fachangestellten: \_\_\_\_\_

### **Voraussetzungen für die Akkreditierung als Lehrpraxis** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mind. 3 Jahre hausärztliche Tätigkeit in eigener Verantwortung (Praxis).....	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zu regelmäßiger Teilnahme an Lehrärztetreffen.....	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zum regelmäßigen Feedback im Blockpraktikum.....	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zur persönlichen Evaluierung durch die Studierenden.....	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen zur Verbesserung der Lehrkompetenz	<input type="checkbox"/>
Bereitschafts zur Aufnahme von mind. 4 Studierenden im Jahr.....	<input type="checkbox"/>
Gewährleistung der Praktikumszeit von 40h/Woche in 2 Wochen .....	<input type="checkbox"/>

**Anforderungen an die Struktur der Lehrpraxis** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Betreuung von mind. 500 GKV-Scheine pro Quartal.....
- Eigener Raum für Patientenkontakt der Studierenden.....
- EDV – gestützte Dokumentation.....

**Arbeitspektrum der Praxis** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Typische hausärztliche Praxis mit evidenzbasierter Diagnostik und Therapie  
(IGEL-Leistungen und Komplementärmedizin usw. sind möglich, sofern sie nicht  
überwiegend die Praxistätigkeit bestimmen) .....
- Gesundheitsuntersuchungen (Check-Up 35) .....
- Regelmäßige Hausbesuche.....
- Altenheimbesuche.....
- EKG.....
- Lungenfunktion.....
- Laboruntersuchungen.....
- Sonographie.....
- Kleine Chirurgie (z.B. Verbände, Wundversorgung) .....

**Praxis – Schwerpunkte:** \_\_\_\_\_

- Barrierefreiheit:** Zugang zur Praxis mit Rollstuhl möglich.....
- Behinderten WC.....

**Relevantes für Studierende** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Eine Übernachtungsmöglichkeit ist vorhanden.....
- Eine Fahrgemeinschaft kann gebildet werden.....
- Die Praxis ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.....

**Sonstiges** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Sie haben Interesse am BeLa – Programm.....
- Sie habe Interesse an Versorgungsforschung.....
- Sie sind DEGAM Mitglied.....
- Sie besitzen eine Weiterbildungsbefugnis.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift