

Name der Praxis _____

Anschrift der Praxis _____

Ansprechperson/Lehre _____

Telefon _____

E-Mail (Ansprechperson Lehre) _____

Homepage _____

Angaben zur Person:

Niederlassung seit _____, Niederlassung als:
 FA f. Allgemeinmedizin FA f. Innere Med.

Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin ja nein
Genehmigung Psychosomatische Grundversorgung ja nein

Angaben zur Praxis:

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis Anderes
 Land (<5000) Kleinstadt (<20000) Stadt (<100000) Großstadt (>100000)

Betreuung von mind. 500 GKV-Versicherten pro Quartal? ja nein
Anzahl Sprechzimmer _____ Anzahl der Funktionsräume _____

Separater Raum für Studierende und Patienten? ja nein
Prozentualer Anteil Kinder _____ Senioren _____

Fort- und Weiterbildung, Mitgliedschaften:

Bezug unabhängige Fachliteratur, Programme?
 Arzneitelegramm ZFA ZEFQ Deximed Andere _____

Mitgliedschaft in einem wissenschaftlich tätigen Fachverband?
 Nein DEGAM Andere _____

Teilnahme an Qualitätszirkeln? Ja nein Spezielle QZ _____

Lehrpraxis weiterer allgemeinmedizinischer, universitärer Einrichtungen?
 ja nein Universität _____

Apparative Ausstattung und Leistungsspektrum

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen | <input type="checkbox"/> LZ-EKG |
| <input type="checkbox"/> Notdienst-Tätigkeit | <input type="checkbox"/> Kleine Chirurgie und Verbände | <input type="checkbox"/> LZ-RR |
| <input type="checkbox"/> Hausbesuchstätigkeit | <input type="checkbox"/> Check-Up Untersuchungen | <input type="checkbox"/> LUFU |
| <input type="checkbox"/> Mitbetreuung Altersheim | <input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennung Männer | <input type="checkbox"/> Ergometrie |
| <input type="checkbox"/> Kindervorsorgeuntersuchungen | <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening | <input type="checkbox"/> Sonographie |
- Teilnahme DMP:
- | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> „KHK“ | <input type="checkbox"/> „Asthma/COPD“ | <input type="checkbox"/> „Diabetes“ |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|

Arbeits- und Neigungsschwerpunkte (z. B. Diabetikerbetreuung, Geriatrie, kl. Chirurgie)

Zusatzbezeichnungen (Anerkannt durch die BLÄK) _____

Logistik für Studierende im Blockpraktikum

Ich möchte maximal ____ Studierende **pro Semester** im Blockpraktikum betreuen.
Anfahrtsweg (ab Hbf München): ÖPNV ____min PKW ____min

Übernachtungsmöglichkeit kostenfrei (ab 60min Anfahrtszeit) ja (z.B. bei Lehrärzt:in oder am Ort)
 nein

Motivation und Engagement

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Freude an der Arbeit vermitteln | <input type="checkbox"/> Hinterfragen der eigenen Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Selber gute Lehre erlebt | <input type="checkbox"/> Hausärztlichen Nachwuchs fördern |

Interesse an folgenden Lehrveranstaltungen:

- | | | |
|---|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blockpraktikum | <input type="checkbox"/> Seminarvorlesung | <input type="checkbox"/> PJ |
|---|---|-----------------------------|

Interesse an folgenden Forschungsangeboten:

- unverbindliche Information über Forschungsprojekte/Studien
- Fortbildungen, die zur Studienteilnahme qualifizieren (www.bayfonet.de)