



Fragebogen zur Lehrarztpraxis im Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Praxisstempel



Facharztbezeichnung:

Allgemeinmedizin

Hausärztlicher Internist

Weitere FA-Bezeichnungen: _____

Niederlassung seit: _____

Zusatz-Weiterbildungen:

Homöopathie Akupunktur Chirotherapie o. manuelle Therapie

Naturheilverfahren Arbeitsmedizin Palliativmedizin

Notfallmedizin Sportmedizin Schmerzmedizin

Psychotherapie Reisemedizin Sonstige: _____

Mitglied der DEGAM: ja nein

Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin (Monate)

6 12 18 24

Sonstige Weiterbildungsbefugnisse: _____

Größe der Praxis (Patientenzahl/Quartal)

Klein (< 600)

Mittel (600 – 1000)

Größe der Praxisräume (qm)

Zahl der medizinischen FA:



Groß (> 1000)

Ort / Lage

Stadt

Städtisch

Land

Raum für Studierende

Ja

Nein

Hausbesuche

Ja

Nein

Ungefähre Gesamtzahl der Hausbesuche pro Woche

Anzahl betreute Heime

Anzahl Patienten pro Heim

Leistungen der Praxis

	Ja	Nein		Ja	Nein
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proktologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rektoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleine Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirometrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Check-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gyn. Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Doppler Arterien/Venen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergietest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Sonstiges:



	Ja	Nein
Praxis EDV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an HZV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
DMP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einzelpraxis

oder

Kooperationspraxis mit:

Ich bin bislang als Lehrpraxis an **keiner** Universität tätig

Wenn doch, wo/seit wann: _____

Besondere Interessen der Praxis/der Ärztin/des Arztes:

Internetadresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

IBAN und BIC: _____

Datum:, den