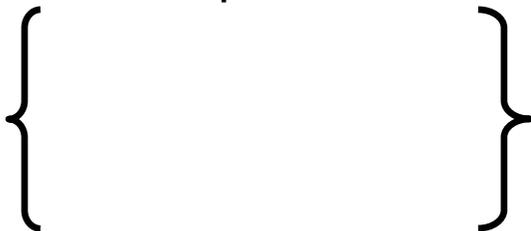




Fragebogen zur Lehrarztpraxis im Blockpraktikum Allgemeinmedizin

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)

Groß (> 1000)

Größe der Praxisräume (qm)

Zahl der medizinischen FA:



Ort / Lage

Stadt

Städtisch

Land

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: _____



| | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Teilnahme an HZV | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| DMP: | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Welche? | Ja | | Nein | |
| 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

Praxisgemeinschaft

MVZ

BAG

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

Wenn doch, wo/seit wann: _____

Internetadresse: _____ **E-Mail-Adresse:** _____

Telefon: _____ **Telefax:** _____

IBAN: _____

Datum:, den