

# Lehrpraxis der Medizinischen Hochschule Brandenburg

## Erhebung Praxisprofil

**Praxis-Stempel mit KV-Nr.**

**Ort/Ortsteil:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Homepage-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Facharzt\*in für:** \_\_\_\_\_

**Hausärztlich:**

- |                                |                            |                          |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Sind Sie niedergelassen in/als | Einzelpraxis               | <input type="checkbox"/> |
|                                | Gemeinschaftspraxis (BAÜG) | <input type="checkbox"/> |
|                                | Praxisgemeinschaft         | <input type="checkbox"/> |
|                                | MVZ                        | <input type="checkbox"/> |

### Untersuchungsmethoden des jeweiligen Fachgebietes z.B.

- |  |                          |             |                          |
|--|--------------------------|-------------|--------------------------|
| EKG  | <input type="checkbox"/> | Labor       | <input type="checkbox"/> |
| Lungenfunktion                                   | <input type="checkbox"/> | Ultraschall | <input type="checkbox"/> |
| Langzeit-EKG                                     | <input type="checkbox"/> | Endoskopie  | <input type="checkbox"/> |
| Kleine Chirurgie (z.B. Verbände, Wundversorgung) |                          |             | <input type="checkbox"/> |
| Andere: _____                                    |                          |             | <input type="checkbox"/> |
| _____  |                          |             |                          |
| _____  |                          |             |                          |

## Qualifikation des Lehrarztes/-ärztin

Niederlassung seit \_\_\_\_\_

Bereitschaft zur Beteiligung an vereinbarter Qualitätssicherung der Lehre\*

\*- Dokumentation erfüllter Aufgaben durch die Studierenden

- Evaluation (Feedback an Studierende mdl./schriftl.)

- Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zu Lehrinhalten und Didaktik

Betreuung von mind. 500 GKV-Versicherten/Quartal (*Pflicht*)

## Spektrum der Praxis

Gewährleistung der Praktikumszeit (Blockwoche/einmal wöchentlich)

Situativ Bereitstellung eines separaten Raumes für Kontakt Student/Patient  
(bei entsprechender Fachgruppe)

Breite Abbildung des jeweiligen Fachgebietes

Regelmäßige Hausbesuche (bei entsprechender Fachgruppe)

Pflegeheimbesuche (bei entsprechender Fachgruppe)

Bereitschaftsdienste

Weitere Angebote an Studierende: \_\_\_\_\_

## Welche Themen sind Ihnen für die Lehrärzte-Fortbildungen wichtig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift