

## Fragebogen für Akademische Lehrpraxen

1.	Pra	axisprofil				
	a.	Titel, Vorname, Name:				
	b.	Ggf. in Gemeinschaftspraxis mit:				
		Ggf. angestellte Fachärzte/Ärzte in Weiterbildung:				
	c.	Straße, Hausnr.:				
	d.	PLZ: Ort:				
	e.	Telefon: Telefax:				
	f.	E-Mail:				
	g.					
	h.	Einzugsgebiet:				
		□ Land □ Stadt				
	i.	Praxisschwerpunkt(e):				
	j.	Besonderheiten:				
	Wie und mit welchen öffentlichen Verkehrsmitteln ist Ihre Praxis am besten von					
		Frankfurt am Main aus erreichbar (bitte kurze Beschreibung/ca. Fahrzeit)?				
	l.	Haben Sie besondere Anforderungen / Bitten / Vorschläge, die Sie an die Studierenden				
		richten möchten, die in Ihre Praxis kommen (z.B. weißer Kittel erwünscht)?				
2.	Fra	gen zu Ihrer Qualifikation				
	a.	Wie lange sind Sie bereits nach Abschluss der Facharztweiterbildung hausärztlich tätig? (2 Jahre sind für eine Lehrtätigkeit erforderlich) Jahre:				
	b.	Sie sind Facharzt/-ärztin für:				
	c.	Haben Sie einen vollen Versorgungsauftrag?				
	d.	☐ Ja ☐ Nein Wenn Sie keinen vollen Versorgungsauftrag haben, wie viele Stunden				
	u.	arbeiten Sie wöchentlich? Stunden/Woche				
	e.	Welche sonstigen Qualifikationen oder Zusatzbezeichnungen besitzen Sie?				



	f.	Haben Sie promoviert?					
		□ Ja □ Nein					
	g.	Besitzen Sie die Weiterbildungsermächtigung für das Fach Allgemeinmedizin oder Innere Medizin?					
		□ Ja □ Nein					
3.	Fragen zur Struktur Ihrer Praxis						
	a.	Wie viele GKV-Versicherte behandeln Sie pro Quartal? Ca					
	b.	Wie viele Arzthelfer/innen sind bei Ihnen beschäftigt?Ganztagsin Teilzeit					
	c.	Welches Qualitätsmanagementsystem nutzen Sie?					
	d.	Gibt es in der Praxis die Möglichkeit, einen Raum für den eigenständigen Kontakt Studierender-Patient bereitzustellen?					
		□ Ja □ Nein					
	e.	Verfügt Ihre Praxis über eine EDV-gestütztes Praxisverwaltungssystem?  ☐ Ja ☐ Nein					
4.	Fra	gen zum Spektrum Ihrer Praxis					
	a.	Würden Sie Ihre Praxis als typische Primärversorgerpraxis mit unselektiertem Patientengut bezeichnen (allgemeinmedizinische/hausärztliche Tätigkeit)?  □ Ja □ Nein					
	b.	Welches Altersspektrum umfasst Ihr Patientenklientel in etwa?% sind unter < 18 Jahre% sind 18 – 65 Jahre% sind > 65 Jahre					
	c.	Führen Sie regelmäßig ca. 5 Haus- und/oder Heimbesuche/Woche durch?					
		□ Ja □ Nein					
	d.	Besitzen Sie die Anerkennung zur Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung?					
		□ Ja □ Nein					
	e.	Welche Laboruntersuchungen führen Sie in der eigenen Praxis durch?					
	f.	Führen Sie "kleine Chirurgie" (z. B. Wundversorgung, Verbandwechsel) durch?  ☐ Ja ☐ Nein					
	g.	Welche Funktionsuntersuchungen führen Sie durch?					
		□ Ruhe-EKG					
		□ Belastungs-EKG					

☐ Langzeit-EKG



		Ultraschall	
		Lungenfunktion	
		Langzeitblutdruck	
		Sonstige:	
h.	Δn	gebote an die Studierenden:	
		Teilnahme an der Alten- und Pflegeheimversorgung	
	П	Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst	
		Teilnahme an Qualitätszirkelveranstaltungen	
		Teilnahme an Patientenschulungen	
		kostenfreie Unterbringung (bei größerer Entfernung)	
		Sonstiges	
	_		
i.	Bit	te schicken Sie folgende Unterlagen per E-Mail an uns zurück:	
		Ausgefüllter Fragebogen	
		Kopie Approbationsurkunde	
		Kopie Facharztanerkennung	
		Ggf. Kopie Promotionsurkunde	
		Ggf. Kopie Weiterbildungsermächtigung (Allgemeinmedizin oder Innere Medizin)	
j.		te bestätigen Sie durch Ankreuzen die folgenden Punkte (Voraussetzung für die sammenarbeit):	
		Ich bin bereit, in der Orientierungsphase (2 Halbjahre) jeweils eine/n Studierende/n zu je 2 Wochen (9 Praxistage) in meine Praxis aufzunehmen (Termine nach Absprache).	
		Ich habe die zu diesem Fragebogen dazugehörige Datenschutzerklärung gelesen und verstanden.	
		Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an einem ca. 5-stündigen Didaktik-Workshop zur Einführung in die Lehrtätigkeit obligatorisch ist.	
		Ich bin bereit, jährlich an mindestens zwei der vier angebotenen Qualitätszirkeltreffen (4 CME-Punkte) des Instituts für Allgemeinmedizin teilzunehmen (Voraussetzung für Akkreditierung).	
		l Betriebsstättennummer	 
			l
Datum		l 7 stellige Nr.	 
		I   Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN)	l
		i I	 
Titel V	/orn	l 15 stellige Nr. I15 stellige Nr.	l
, V	J. 1		•

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen inkl. eines Scans/Kopie Ihrer Approbationsurkunde, FA-Anerkennung, ggf. Promotionsurkunde und ggf. Weiterbildungsermächtigung per E-Mail an Frau Rommy Haynes unter haynes@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Vielen Dank! Nach Eingang der Unterlagen melden wir uns zeitnah bei Ihnen.

Als Lehrärztin/Lehrarzt erhalten Sie dreimal jährlich unseren Newsletter "kurz und kn@pp" mit Themen zu Lehre und Forschung. Dieser ist jederzeit kündbar.