**Fragebogen zum Allgemeinmedizin-Hospitations-Programm für interessierte Hausarztpraxen**

*Anmerkung: Die abgefragten Informationen stellen keine Ausschlusskriterien dar, sondern dienen dazu, die Voraussetzungen für die studentischen Hospitationen mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten zu erfassen.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Name der Hausarztpraxis:Praxisinhaber:Praxisadresse:Emailadresse:Telefon:Fax: |
| 1a | Ihre Facharztbezeichung(en): |
| 1b | Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte: |
| 1c | Grundlegend schulmedizinische Ausrichtung |  Ja  Nein |
| 1d | Unselektiertes Patientengut aller Altersgruppen |  Ja  Nein |
| 1e | Überwiegend hausärztliche Tätigkeit |  Ja  Nein |
| 2 | Gemeinschaftspraxis/ Berufsausübungsgemeinschaft Praxisgemeinschaft |  Ja  Nein Ja  Nein |
| 2a | Wie viele Ärzte praktizieren in dieser Praxis? |  |
| 3 | Haben Sie bereits Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden in Ihrer Praxis? |  Ja  Nein |
| 3a | Wenn ja, seit wann betreuen Sie Studierende? Von welcher Universität kommen diese und wie viele Studierende haben Sie bereits betreut? |
| 4 | Wie viele Sprechzimmer umfasst Ihre Praxis?  |  |
| 4a | Besteht die Möglichkeit, Studierenden einen eigenen Raum zur Verfügung zu stellen? |   Ja  Nein |
| 5 | Haben sie eine Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin? |  Ja  Nein |
| 5a | Falls ja, für welchen Zeitraum haben Sie eine Weiterbildungsbefugnis? |  |
| 5b | Haben Sie bereits Ärzte in Weiterbildung in Ihrer Praxis beschäftigt? Wenn ja, wieviele? |  Ja  Nein |
| 5c | Haben Sie Interesse daran, Ärzte in Weiterbildung einzustellen? |  Ja  Nein Vollzeit  Teilzeit |
| 6 | Welches Praxis-EDV-System verwenden Sie? |
| 7 | Führen Sie die Patientenakten elektronisch? |  Ja  Nein |
| 8 | Etwa wieviele Scheine haben Sie pro Quartal in Ihrer Praxis? |  |
| 9 | Führen Sie regelmäßig Haus- und Heimbesuche durch? |  Ja  Nein |
| 9a | Wenn ja, wieviele pro Woche? |
| 10 | Wie ist Ihre Praxis ausgestattet?a) Ruhe-EKGb) Belastungs-EKGc) Langzeit-EKG-Aufzeichnungd) Spirometriee) Ultraschallf) Tests (z.B. Sehtests etc.)g) Mikroskopier-Platzh) Kleines Labori) Erste-Hilfe-Ausstattungj) Kleine Wundversorgung/Chirurgiek) GefäßdopplerBitte listen Sie weitere Ausstattungen zur Diagnostik auf: |  Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein Ja  Nein |
| 14 | Sind Sie bereit, an didaktischen Schulungen teilzunehmen bevor Sie Studierende aufnehmen? |  Ja  Nein |
| 15 | Haben Sie Interesse sich über die Hospitationen hinaus an der Lehre bzw. an Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zu beteiligen?  |  Ja  Nein |
| 15a | Wenn ja, ggf. zu welchen Schwerpunktthemen? |
| 16 | Sind Sie mit dem Besuch von Mitarbeitern der Universität in Ihrer Praxis einverstanden, um sich einer Zertifizierung zu unterziehen? |  Ja  Nein |
| 17 | Haben Sie Interesse, an Forschungsprojekten der Abteilung für Allgemeinmedizin teilzunehmen? |  Ja  Nein |
| 18 | Sind Sie Mitglied der DEGAM?Sind Sie Mitglied weiterer Fachgesellschaften? Wenn ja, welcher? |  Ja  Nein |
| 19 | Nehmen Sie an DMP-Programmen oder an Hausarztverträgen teil? |  Ja  Nein Ja  Nein |
| 20 | Wie ist die Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Oldenburg aus? |
| 20a | Bei Praxen, die schwer von Oldenburg aus zu erreichen sind: Ist für Studierende eine Unterkunft vorhanden? |  Ja  Nein |
| 21 | Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Praxis auf den Internetseiten der Abteilung für Allgemeinmedizin aufgeführt wird (Lehrpraxis-Netzwerk)? |  Ja  Nein |
| 22 | Haben Sie weitere Anregungen oder Wünsche? |

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an die Abteilung für Allgemeinmedizin:

Renate Kettmann

Sekretariat der Abteilung für Allgemeinmedizin

Department für Versorgungsforschung

Fakultät VI für Medizin und Gesundheitswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
European Medical School Oldenburg-Groningen

D-26111 Oldenburg

Fon: +49 (0)441/798-3205

Fax: +49 (0)441/798-5824

Renate.Kettmann@uni-oldenburg.de