

Fax an  
Kathrin Nühse  
Med. Fakultät Mannheim, GB Studium u. Lehrentwicklung  
Fax: 0621/383 97 33

---

Name/Adresse:

Anschrift

Fortbildungsnummer

## CME-Fragen

---

Kreuzen Sie bitte die eine zutreffende Antwort pro Frage an!

- |     |                            |                            |                            |                            |                            |     |                            |                            |                            |                            |                            |
|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 11. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 2.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 12. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 3.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 13. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 4.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 14. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 5.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 15. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 6.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 16. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 7.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 17. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 8.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 18. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 9.  | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 19. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |
| 10. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | 20. | A <input type="checkbox"/> | B <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> |

Zur Verbesserung des Manuals, seiner Sichtbarkeit und Anwendbarkeit, bitten wir Sie, zusätzlich folgende Fragen zu beantworten.

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  Uniklinik  Lehrkrankenhaus  Lehrpraxis

Fach: \_\_\_\_\_ Assistenzarzt  1.  2.  3.  4.  5. Jahr, \_\_\_\_ . Jahr,  
 Oberarzt,  Chefarzt  
 Arzt in Weiterbildung,  Facharzt

Seit: \_\_\_\_\_ approbiert Seit: \_\_\_\_\_ Betreuung von PJ-Studierenden

PJ-Betreuer,  PJ-Verantwortlicher Regulär betreue ich \_\_\_\_ PJ-Studierende.

**Wie haben Sie von dem Manual erfahren?**

Internet  Informationsveranstaltung  Kollegen,  Sonstige, und zwar \_\_\_\_\_

**Von wem haben Sie das Manual erhalten?**

Studiendekanat  Klinikleitung  PJ-Verantwortlicher  Chefarzt  Kollegen  Sonstige \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Einführung in das Manual erhalten?**  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  nein

**Das Manual für PJ-Betreuer...**

- Ist übersichtlich gestaltet. Schulnote: \_\_\_\_\_
- Ist von hoher Qualität bzgl. des Inhalts. Schulnote: \_\_\_\_\_
- Hilft mir bei der Betreuung von PJ-Studierenden. Schulnote: \_\_\_\_\_
- Enthält Tipps, welche ich im klinischen Alltag anwenden kann. Schulnoten: \_\_\_\_\_
- Kann ich weiterempfehlen.  ja,  nein

**Mit welcher Variante haben Sie gearbeitet?**

pdf  Ausdruck aus dem Internet  Broschüre  
 Webseite

**Bewertung der einzelnen Abschnitte des Manuals**

Abschnitt	Wie viel Prozent haben Sie gelesen?	Wie fanden Sie die ... (Bitte in Schulnoten angeben)		
		Lesbarkeit	Relevanz	Anwendbarkeit
<i>Organisation des Praktischen Jahres</i>				
<i>Rechte/Pflichten</i>				
<i>Einmal durch den Ausbildungsabschnitt als PJ-Betreuer</i>				
<i>Grundlagen Pädagogik/Didaktik</i>				
<i>Lehrgelegenheiten</i>				
<i>Downloadbereich</i>				
<i>Linkliste</i>				
<i>Literatur</i>				

**Gibt es noch weitere Fragen/Anmerkungen an die Redaktion?**