

Rückantwort

blockpraktikum-allgemeinmedizin@unimedizin-mainz.de
oder Fax: 06131 17-6601



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
Abt. Allgemeinmedizin

Praxisstempel

Zusatzbezeichnungen:

Weiterbildungsberechtigung im Fach
Allgemeinmedizin (falls vorhanden)

_____ Monate

Praxisdaten

Betriebsstättennummer

Persönliche Arztnummer

Mail

Homepage

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- MVZ

Praxisstruktur

	Ja	Nein
> 2 Jahre eigenverantwortliche hausärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 500 Gesetzlich versicherte Patientinnen/Patienten im Quartal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxiszeiten > 30 Stunden/Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raum für Studierende, umgerechnet mind. 3 Stunden/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuchstätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besuche in Alten-/Seniorenheimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme am hausärztlichen Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitschaft zur Teilnahme an den Didaktikseminaren (mind. 1 x im Jahr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin:

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin/Facharzt für Innere + Allgemeinmedizin (hausärztlich tätig)

Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin (hausärztlich tätig)

und möchte Lehrpraxis für

das Blockpraktikum und/oder das Praktische Jahr (PJ) werden.

Praxisausstattung**Ja****Nein**

Schulmedizinisch ausgerichtete hausärztliche Praxis*

EKG

Belastungs-EKG

Langzeit-EKG

Langzeit-Blutdruckmessung

Sonografie Abdomen

Sonografie Schilddrüse

Labor (Blutentnahme, BZ, Hämocult, Urin etc.)

DMP - Diabetes mellitus Typ II

DMP - KHK

DMP - COPD/Asthma bronchiale

Sonstiges

Ich habe Interesse an wissenschaftlichem Arbeiten und erkläre mich bereit, als Forschungspraxis für die Abteilung Allgemeinmedizin mitzuarbeiten (kein Ausschlusskriterium)

Ich möchte per Mail kontaktiert werden, meine Mailadresse kann hierfür verwendet werden.

Ort, Datum, Unterschrift

*Zusätzliche Qualifikationen wie Psychotherapie, Naturheilverfahren, Akupunktur o.ä. sollten nicht im Vordergrund der Praxistätigkeit stehen!