

### 3. Bewertungsbogen für die Leistung/Qualität eines Simulationspatienten

Bitte geben Sie uns eine Rückmeldung, inwieweit der/die Schauspieler/In ihre Erwartungen erfüllt hat.

Name, Vorname:

Veranstaltung:

| Bewertung:<br>(bitte ankreuzen) 1= sehr gut, 2= gut, 3= befriedigend, 0= Anforderungen nicht erfüllt | 1 | 2 | 3 | 0 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>1. Pünktlichkeit:</b>                                                                             |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>2. Ausdruck:</b>                                                                                  |   |   |   |   |
| Gestik, Mimik, Körperhaltung                                                                         |   |   |   |   |
| Echtheit der Darstellung/Symptomatik                                                                 |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>3. Sprache:</b>                                                                                   |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>4. Beherrschung des Textes/der Vorgaben:</b>                                                      |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>5. Ausdauer/Kontinuität in der Rolle:</b>                                                         |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>6. Qualität des Feedback:</b>                                                                     |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>7. Kritikfähigkeit:</b>                                                                           |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |
| <b>8. Gesamtbewertung:</b>                                                                           |   |   |   |   |
| Kommentar:                                                                                           |   |   |   |   |

Datum:

Unterschrift/Stempel Fachabteilung