Universitätsmedizin Rostock
Institut für Allgemeinmedizin

Student*in

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: [__][__].[__][__].[__][__][__][__]

Matrikelnummer: [__][__][__][__][__][__][__][__][__][__]

_____
Datum, Unterschrift Student*in

Die Abgabe dieses Bogens (im Original) muss im Anschluss an das Blockpraktikum im Institut für Allgemeinmedizin – Sekretariat oder Einwurf in den Briefkasten des Sekretariats – erfolgen.

Zeitraum

Datum von: [__][__].[__][__].[2][0][__][__]

bis: [__][__].[__][__].[2][0][__][__]

Beurteilung	
Bereich	**Punkte**
Anamnese: aktuelle Beschwerden, individuelle Vorgeschichte, Familienanamnese, Sozialanamnese, Risikoanamnese (Nikotin, Alkohol, Medikamente, Drogen,…)	
Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation: Empathie, Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Faktoren und Ressourcen der Patient*innen (Verwendung einer angemessenen Sprache), Beachtung der Patient*innenindividualität, ganzheitlicher Ansatz	
Diagnostik und Interventionen: praktische Durchführung, Vollständigkeit, Sinnhaftigkeit, Erklärung der Untersuchungsschritte (gegenüber den Patient*innen), körperliche Untersuchungen, weitere Diagnostik (zum Beispiel: BE, EKG, BZ, RR, Spirometrie, Urintestung, Injektionen, kleine Chirurgie)	
Entscheidungsfindungskompetenz: Stellen einer sinnvollen Arbeits-/Verdachtsdiagnose, rationaler Vorschlag des Vorgehens (Diagnostik, Therapie), kooperatives Ärzt*innen-Patient*innenverhältnis (shared decision making), Berücksichtigung der Patient*innenindividualität (bio-psycho-soziale Faktoren, salutogene Ressourcen, Krankheitskonzept)	
Punkte	

Anmerkungen

Punkteschlüssel	*Punkte*
Leistung unterdurchschnittlich, ungenügend	*1*
Leistung ausreichend, aber noch Defizite vorhanden	*2*
durchschnittliche Leistung	*3*
gute Leistung, Verbesserungen sind zwar möglich, aber nicht zwingend erforderlich	*4*
ausgezeichnete Leistung, keine Verbesserung möglich/nötig	*5*
nicht zu treffend	*∅*

Noten	*Punkte*
1 = sehr gut	*18 – 20*
2 = gut	*14 – 17*
3 = befriedigend	*10 –13*
4 = ausreichend	*6 –9*
5 = ungenügend / nicht bestanden	*4 – 5*

Lehrpraxis

Name, Vorname: _____

Ort: _____

Logbuch: ❑ gesehen ❑ genutzt

_____
Datum, Unterschrift Lehrärztin/Lehrarzt

Praxisstempel