

Informationen für die Kompetenzzentren Allgemeinmedizin

- Ambulante Einrichtungen -

Name der Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis:

LANR:

Nebenbetriebsstätte:

Anschrift:

Telefon / Fax:

E-Mail-Adresse:

Internetadresse:

Besondere Leistungen der Praxis:

Anzahl der Sprechzimmer:

Ausstattung der Praxis (z. B. EKG, Sonographie etc.):

Verkehrsanbindung (z. B. Bahn / PKW):

Dienstfahrzeug:

ja

nein

Unterkunftsmöglichkeiten:

Weiterbildungsbefugnis:

ja

nein

Umfang (Monate):

Erfahrungen mit Studierenden / Ärzten in Weiterbildung (ÄiW):

- Famulatur
- Blockpraktikum
- Praktisches Jahr
- ÄiW

Anzahl an freien Stellen für Ärzte in Weiterbildung:

Ab wann?:

Wunsch zur Praxisabgabe innerhalb der nächsten 5 Jahre?:

ja nein

Falls ja, zu welchem Zeitpunkt?:

Spätere Anstellung möglich?:

ja nein

Ab wann?:

Sonstiges (Anmerkungen, Hinweise,...)

Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung!

Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in die von den Kompetenzzentren Magdeburg und Halle gemeinsam genutzte Datenbank eingepflegt werden und die Kompetenzzentren die Angaben bei entsprechenden Anfragen hinsichtlich einer Weiterbildung an Ärzte in Weiterbildung weitergeben können. Die Freigabe kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Stempel)

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Kompetenzzentrum für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin;
Medizinische Fakultät; Institut für Allgemeinmedizin; Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale); E-Mail:
kompetenzzentrum.allgemeinmedizin@uk-halle.de; Fax-Nr.: 0345-557 1609