



## BEWERTUNGSFORMULAR FÜR HAUSÄRZTE

### Kommunikationspraktikum für Mediziner – Sommerpraktikum

**ACHTUNG:** Bitte, das vollständig ausgefüllte Formular **INNERHALB VON DREI TAGEN** nach Ende des Praktikums im Institut für Grundversorgung abgeben oder an folgende Adresse schicken: Institut für Grundversorgung, Universität Pécs, Rákóczi Str. 2., H-7623 Pécs, Ungarn.

A. Persönliche Daten des/der Studierenden	
Name:	Vorname:
E-Mail-Adresse:	EHA-Code: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .PTE
Postanschrift:	Telefonnummer:

B. Daten des Praktikums	
Name des betreuenden Hausarztes:	
Ort des Praktikums:	
Praktikumszeitraum:	

C. Bewertung (Wird vom betreuenden Hausarzt ausgefüllt!)					
<b>Bewertung des Praktikums:</b> (Bitte, kreuzen Sie die entsprechende Antwort an!)					
Zeitpunkt des Praktikums war geeignet:				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Dauer des Praktikums (1 Woche) war ausreichend:				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Falls nicht, idealer Dauer (in Wochen):					
Haben Sie den/die Studierende/n auch außerhalb der Sprechstunden betreut?				<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Bewertung der Arbeit des/der Studierenden:</b> (Bitte, kreuzen Sie die entsprechende Nummer an!)					
	<b>Ungenügend</b>	<b>Genügend</b>	<b>Befriedigend</b>	<b>Gut</b>	<b>Sehr gut</b>
Interesse/Motivation des/der Studierenden	1	2	3	4	5
Kommunikative Fähigkeiten des/der Studierenden	1	2	3	4	5
Praxisorientiertheit des/der Studierenden	1	2	3	4	5



<b>Bestätigung der Absolvierung des Praktikums:</b>	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige die erfolgreiche Absolvierung des Praktikums	<input type="checkbox"/> Ich bestätige die Absolvierung des Praktikums nicht.
<b>Unterschrift des betreuenden Hausarztes:</b>	<b>Unterschrift des betreuenden Hausarztes:</b>
<b>Datum / Stempel:</b>	<b>Datum / Stempel:</b>
<b>Anmerkungen/Vorschläge:</b>	

<b>D.</b>	<b>Erklärung des/der Lehrbeauftragten der UP MF</b>
<b>Institut/Klinik:</b>	<b>Lehrbeauftragte/r:</b>
<b>Anmerkung:</b>	
<input type="checkbox"/> Ich akzeptiere die Absolvierung des Praktikums.	<input type="checkbox"/> Ich akzeptiere die Absolvierung des Praktikums nicht.
<b>Unterschrift:</b>	<b>Unterschrift:</b>
<b>Datum / Stempel:</b>	<b>Datum / Stempel:</b>