

Fragebogen für Interessierte am Simulationspatientenprogramm Lern-Klinik Leipzig

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Vom Simulationspatientenprogramm habe ich erfahren durch: _____

Sprachen: Muttersprache: _____

weitere Sprachen: _____

Haben Sie schauspielerische Erfahrungen? ja nein

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben: _____

Haben Sie Unterrichtserfahrungen? ja nein

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben: _____

Haben Sie Erfahrungen im medizinischen Bereich? ja nein

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben: _____

Was interessiert Sie besonders an der Tätigkeit als Simulationspatient/in: _____

Gibt es Krankheiten, die Sie auf keinen Fall darstellen wollen? ja nein

→ Wenn ja, welche: _____

Körperliche Besonderheiten (z.B. Übergewicht, Untergewicht, Operationsnarben etc.): _____

In Simulationen werden neben dem Gespräch auch körperliche Untersuchungen (z. B. Blutdruckmessung, Untersuchung von Herz und Lunge, Untersuchung der Gelenke) durchgeführt. Sind sie grundsätzlich damit einverstanden, dass solche Untersuchungen bei Ihnen gemacht werden oder möchten Sie das einschränken?

Nein, ich möchte mich nicht untersuchen lassen. Ja, ich bin mit allen Untersuchungen einverstanden. Ja, mit folgenden Einschränkungen: _____

Die meisten Einsätze als Simulationspatienten werden **wochentags von 10:00 – 17:30 Uhr** stattfinden. Sind Sie zeitlich flexibel einsetzbar?

ja

nein

→ Wenn nein, bitte mögliche Zeiträume angeben (z. B. „nur zwischen 10 und 14 Uhr“ oder ähnliches): _____

Bitte senden Sie dieses Dokument an:

anja.zimmermann@medizin.uni-leipzig.de

Oder per Telefax:

0341-9715179

Oder postalisch:

LernKlinik Leipzig
Dr. rer. medic. Anja Zimmermann
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
Liebigstr. 27
04103 Leipzig