

..... Absender, Praxisstempel

..... Ort, Datum

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Medizin- und Gesundheitswissenschaften
Department für Versorgungsforschung
z. Hd. Astrid Megnet
Allgemeinmedizin, Raum V04 0-026
Ammerländer Heerstr. 140
D - 26129 Oldenburg

Formular für das 4-Wochen-Blockpraktikum

Abrechnung Blockpraktikum Allgemeinmedizin im Modellstudiengang Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zeitraum vom.....

hat Frau/Herr..... ggfs. Matrikel-Nr.:

ein **vierwöchiges** Blockpraktikum in meiner/unserer Praxis abgeleistet.

Ich/Wir bitte/n um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von
650,00 Euro auf mein/unser nachstehendes Konto.

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Bankverbindung wie zuvor:

.....
Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers

Evaluation des Blockpraktikums Allgemeinmedizin durch die Lehrärztinnen und Lehrärzte

Studierender: Kohorte __ EMS
 M2 Groningen

Frage	Nein, gar nicht					Ja, sehr	
	1	2	3	4	5		
Ließ sich das Konzept des Blockpraktikums gut umsetzen?							
War das Logbuch in seiner Handhabung praktikabel?							
Ließen sich die geforderten Prüfungsteile gut durchführen?							
Gab es während des Blockpraktikums mit dem/der Studierenden Probleme in der Praxis?							

Wir freuen uns über eine kurze Rückmeldung zum Blockpraktikum Allgemeinmedizin aus Ihrer Sicht:

Was könnte in Bezug auf die Information und Vorbereitung der Lehrärzte / Lehrärztinnen verbessert werden?