

Fragebogen zur Aufnahme in das Lehrpraxennetzwerk für interessierte Hausarztpraxen

Anmerkung: Die abgefragten Informationen stellen keine Ausschlusskriterien dar, sondern dienen dazu, die Voraussetzungen für die studentischen Hospitationen mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten zu erfassen.

Die mit grau hinterlegten Fragen sind bitte obligatorisch zu beantworten.

1.	Name der Hausarztpraxis (hier entweder Ihre/n Namen oder falls vorhanden, den Eigennamen der Praxis (z.B. „Praxis am See“ etc.):		
2. Praxisinhaber*innen			
	Name	Fachärztin/ Facharzt für	Vertretungsberechtigt als Gesellschafter (falls Sie eine Gemeinschaftspraxis führen)
a.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d.			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Angestellte Fachärzt*innen			
	Name	Fachärztin/ Facharzt für	
a.			
b.			
c.			
d.			
4. <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis/ Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ			
5.	E-Mail:		

6.	Webseite:	
7.	Telefon:	
8.	Fax:	
9.	Praxisadresse:	
10	Landkreis:	
11	Zusatzbezeichnungen und Schwerpunkte:	
12	Wie ist Ihre Praxis ausgestattet? <input type="checkbox"/> Ruhe-EKG <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Aufzeichnung <input type="checkbox"/> Mikroskopierplatz <input type="checkbox"/> Spirometrie <input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen/Schilddrüse <input type="checkbox"/> Gefäß-Doppler <input type="checkbox"/> Kleine Wundversorgung/Chirurgie <input type="checkbox"/> Duplexsonographie <input type="checkbox"/> spezifische Tests: _____	
13	Bitte listen Sie weitere Ausstattungen zur Diagnostik/ Therapie auf:	
14	Können Sie den Studierenden eine Unterkunft stellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15	Grundlegend „schulmedizinische“ Ausrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16	Unselektiertes Patientengut aller Altersgruppen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
17	Überwiegend hausärztliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
18	Wie viele Sprechzimmer umfasst Ihre Praxis?	
19	Können Sie den Studierenden während der Praktika gelegentlich ein eigenes Sprechzimmer für eigenständige Anamnesen und Untersuchungen zur Verfügung stellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20	Führen Sie regelmäßig Haus- und Heimbesuche durch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21	Wenn ja, wie viele etwa pro Woche?	
22	Haben Sie bereits Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden in Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
a.	Wenn ja, seit wann betreuen Sie Studierende?	
b.	Von welcher Universität kommen diese und wie viele Studierende haben Sie bereits betreut?	Uni: Anzahl:

23	Haben sie eine Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
a.	Falls ja, für wie viele Monate?	
24	Haben Sie bereits ÄrztInnen in Weiterbildung in Ihrer Praxis beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
a.	Wenn ja, wie viele (ungefähr)?	
25	Haben Sie Interesse daran, ÄrztInnen in Weiterbildung einzustellen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
26	Welches Praxis-EDV-System verwenden Sie?	
27	Führen Sie die Patientenakten elektronisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
28	Etwa wie viele Scheine haben Sie pro Quartal in Ihrer Praxis?	
29	Sind Sie bereit, an didaktischen Schulungen teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
30	Haben Sie Interesse, sich über die Hospitationen hinaus an der Lehre bzw. an Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zu beteiligen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
a.	Wenn ja, ggf. zu welchen Schwerpunktthemen?	
31	Haben Sie Interesse, an Forschungsprojekten der Abteilung für Allgemeinmedizin teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
32	Sind Sie Mitglied der DEGAM?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
33	Sind Sie Mitglied weiterer Fachgesellschaften? Wenn ja, welcher?	
34	Nehmen Sie an DMP-Programmen oder an Hausarztverträgen teil?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
35	Wie ist die Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Oldenburg aus?	<input type="checkbox"/> Regional-Bus <input type="checkbox"/> Fern-Bus <input type="checkbox"/> Zug <input type="checkbox"/> eigener PKW erforderlich <input type="checkbox"/> _____

36	Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Praxis ggf. auf den Internetseiten der Abteilung für Allgemeinmedizin aufgeführt wird (Lehrpraxen-Netzwerk)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
37	Haben Sie Anregungen oder Wünsche?	

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an die Abteilung für Allgemeinmedizin:

Renate Kettmann
Sekretariat Abteilung Allgemeinmedizin
Department für Versorgungsforschung
Fakultät VI für Medizin und
Gesundheitswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
D-26111 Oldenburg

Fon: +49 (0)441/798-3205
Fax: +49 (0)441/798-5824
Renate.Kettmann@uni-oldenburg.de

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für die im folgenden genannten Zwecke genutzt und archiviert werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Auf den nun folgenden Seiten finden Sie die Angaben zum Datenschutz nach DSGVO.

1. Angaben zum Datenverarbeiter

1.1. Kontaktdaten der Verantwortlichen Stelle und des Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzrechtlich verantwortlich ist die Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Körperschaft des öffentlichen Rechts, gesetzlich vertreten durch den Präsidenten, Ammerländer Heerstraße 114 – 118, 26129 Oldenburg.

Den behördlichen Datenschutzbeauftragten der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg erreichen Sie unter der zuvor genannten Anschrift (zu Händen: „Der Datenschutzbeauftragte“) sowie telefonisch unter +49 (0)441 798 4196 und per E-Mail unter dsuni@uol.de.

1.2. Ansprechpartner/Prozesseigner

Herr Prof. Dr. med. Michael Freitag MPH

Telefon: 0441/798 4307 – Email: michael.freitag@uni-oldenburg.de

2. Verarbeitungsrahmen

2.1. Erhobene Daten:

1. Kontaktdaten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummern, etc.)
2. Daten zum beruflichen Status (Facharztanerkennung(en), Fortbildungen, Schwerpunkte, Weiterbildungsermächtigung, Erfahrungen mit Studierenden/Weiterzubildenden, Mitgliedschaft in Fachgesellschaften etc.)
3. Daten zur Ausstattung der Praxis (EDV-System, Gerätetechnik, räumliche Voraussetzung, Scheinzahl, Hausbesuche etc.)
4. Bankverbindung (Abrechnungsformular nach Betreuung einer Hospitation/des Blockpraktikums)

2.2. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Daten werden zu den nachfolgenden Zwecken verarbeitet:

1. Veröffentlichung der Kontaktdaten in Stud.IP und
2. Durchführung und Begründung des Vertrages als Lehrpraxis zum Zwecke der
 - a) Vermittlung von Hospitationsplätzen/Blockpraktikumsplätzen an Studierende der Universität Oldenburg
 - b) Vermittlung von Plätzen im Praktischen Jahr an Studierende der Universität Oldenburg sowie ggf. an Studierende anderer Universitäten
 - c) Verwaltung des Lehrpraxen-Netzwerks (Aktualisierung von Informationen, Einladung zu spezifischen Fortbildungen der Universität, Dokumentation der absolvierten Schulungen)
 - d) Versendung von Rundbriefen der Abteilung Allgemeinmedizin, Weiterleitung von Einladungen zu allgemeinen Fortbildungen, ggf. Abfrage von Hospitationsplätzen für ÄrztInnen (in Weiterbildung)

- e) Abrechnung der Vergütungen für die Betreuung der Studierenden
- f) Auswertung der anonymisierten Evaluationsbögen zur Evaluation der Lehrveranstaltungen
- g) ggf. Frage nach Interesse an Forschungsprojekten

Rechtsgrundlage: Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO und Erfüllung eines Vertrages gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO.

3. Weitergabe und Auslandsbezug

3.1. Weitere Empfänger der personenbezogener Daten

Medizinstudierende anderer Universitäten erhalten auf Nachfrage lediglich den Namen und den Ort der Lehrpraxis zur Anfrage bezüglich Plätze im Praktischen Jahr.

3.2. Übermittlung an ein Drittland¹ / eine internationale Organisation

Die Übermittlung Ihrer Daten in ein Drittland findet nicht statt.

4. Ihre Rechte als Einwilligende/r

Als von der Datenverarbeitung betroffene Person im Sinne der DSGVO haben Sie ferner die folgenden Rechte:

- Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO)
- Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Recht auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO)

Zur Wahrnehmung dieser Rechte wenden Sie sich an die ausführende Stelle (s.o.).

5. Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Falls Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen Datenschutzvorschriften verstößt, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der Verantwortlichen Stelle (s.o.). Unabhängig hiervon haben Sie ein Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Die für die Carl von Ossietzky Universität zuständige Aufsichtsbehörde ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

¹ Als Drittland gilt grundsätzlich jedes Land außerhalb der Europäischen Union.