

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		
2.	Praxisinhaber*innen		
	Name	Fachärztin/ Facharzt für	Vertretungs- berechtigt als Gesellschafter (falls Sie eine Gemeinschaftspraxis führen)
a.			☐ Ja ☐ Nein
b.			☐ Ja ☐ Nein
c.			☐ Ja ☐ Nein
d.			☐ Ja ☐ Nein
3.	Angestellte Fachärzt*innen		
	Name	Fachärztin/ Facharzt für	
a.			
b.			
c.			
d.			
4.	☐ Gemeinschaftspraxis/ Berufsausübungsgemeinschaft ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Einzelpraxis ☐ MVZ		
5.	E-Mail: (insbesondere für kurzfristige Kontaktaufnahme)		

6.	Webseite:	
7.	Telefon:	
8.	Praxisadresse:	
9.	Landkreis:	
10.	Zusatzbezeichnung(en)	
11.	Schwerpunkte und Interessensgebiete	
12.	Wie ist Ihre Praxis ausgestattet? ☐ Ruhe-EKG ☐ Belastungs-EKG ☐ Langzeit-EKG-Aufzeichnung ☐ Langzeit-RR ☐ Spirometrie ☐ Sonographie Abdomen/Schilddrüse ☐ Gefäß-Doppler ☐ Kleine Wundversorgung/Chirurgie ☐ Duplexsonographie ☐ weitere Diagnostik-/Therapiemöglichkeiten:	
13.	Können Sie den Studierenden eine Unterkunft stellen? Welche Kosten kommen auf die Studierenden zu?	☐ Ja ☐ Nein _____
14.	Grundlegend schulmedizinische Ausrichtung? (Evidenzbasierte Medizin / Orientierung an STIKO)	☐ Ja ☐ Nein
15.	Unselektiertes Patientengut aller Altersgruppen	☐ Ja ☐ Nein
16.	Überwiegend hausärztliche Tätigkeit	☐ Ja ☐ Nein
17.	Können Sie den Studierenden während der Praktika gelegentlich ein eigenes Sprechzimmer für eigenständige Anamnesen und Untersuchungen zur Verfügung stellen?	☐ Ja ☐ Nein
18.	Führen Sie regelmäßig Haus- und Heimbefuche durch?	☐ Ja ☐ Nein
19.	Haben Sie bereits Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden in Ihrer Praxis?	☐ Ja ☐ 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:
20.	Haben sie eine Weiterbildungsbefugnis Allgemeinmedizin?	☐ Ja ☐ Nein
a.	Falls ja, für wie viele Monate?	

21.	Haben Sie bereits ÄrztInnen in Weiterbildung in Ihrer Praxis beschäftigt?	☐ Ja ☐ Nein
a.	Wenn ja, wie viele (ungefähr)?	
22.	Haben Sie Interesse daran, ÄrztInnen in Weiterbildung einzustellen?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
23.	Etwa wie viele Scheine haben Sie pro Quartal in Ihrer Praxis?	
24.	Sind Sie bereit, an didaktischen Schulungen teilzunehmen?	☐ Ja ☐ Nein
25.	Haben Sie Interesse, sich über die Hospitationen hinaus an der Lehre bzw. an Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zu beteiligen?	☐ Ja ☐ Nein
a.	Wenn ja, ggf. zu welchen Schwerpunktthemen?	
26.	Haben Sie Interesse, an Forschungsprojekten der Abteilung für Allgemeinmedizin teilzunehmen?	☐ Ja ☐ Nein
27.	Sind Sie Mitglied der DEGAM?	☐ Ja ☐ Nein
28.	Sind Sie Mitglied weiterer Fachgesellschaften? Wenn ja, welcher?	
29.	Wie ist die Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Oldenburg aus?	☐ Regional-Bus ☐ Fern-Bus ☐ Zug ☐ eigener PKW erforderlich ☐ _____
30.	Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Praxis ggf. auf den Internetseiten der Abteilung für Allgemeinmedizin aufgeführt wird (Lehrpraxen-Netzwerk)?	☐ Ja ☐ Nein
31.	Haben Sie Anregungen oder Wünsche?	

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen ausgedruckt oder per Email an die Abteilung Allgemeinmedizin:

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Fakultät VI für Medizin und Gesundheitswissenschaften
Department für Versorgungsforschung
Abteilung Allgemeinmedizin
26111 Oldenburg

Email: allgemeinmedizin@uni-oldenburg.de

Tel. 0441-798-3205

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.