**Arbeitsplatzbasiertes Assessment**

**Beurteilung zuhanden des Assistenten**

Name der Klinik:

Name, Vorname:

Art des Assessments Datum

(Mini-CEX, DOPS)

Thema

Das war besonders gut: Das kann verbessert werden:

Das Assessment wurde unter Aufsicht des/der unten aufgeführten direkten Weiterbildners/ Weiterbildnerin durchgeführt und folgende Ziele vereinbart:

Unterschriften

Weiterzubildende/er Weiterbildner/in

Dieses Formular bleibt bei der/beim Weiterzubildenden.

Im Rahmen eines einzelnen Mini-CEX wird jeweils nur ein Teilaspekt überprüft (z.B. Anamnese, Aufklä-rungsgespräch oder klinische Untersuchung etc.)