

## Arbeitsplatzbasiertes Assessment

Name der Klinik: .....

Name

Vorname

Art des Assessments

**Mini-CEX**

**DOPS**

Datum

Thema

Mini-CEX	Was war besonders gut	Was kann verbessert werden
<b>Anamnese</b>		
<b>Untersuchung</b>		
<b>Professionalität/ Kommunikation</b>		
<b>Klinisches Handeln</b>		
<b>Klinische Untersuchung</b>		
<b>Aufklärung/Beratung</b>		
<b>Organisation/Effizienz</b>		

DOPS	Was war besonders gut	Was kann verbessert werden
<b>Vorbereitung</b>		
<b>Technische Fertigkeiten</b>		
<b>Asepsis/Sicherheit</b>		
<b>Professionelles Verhalten</b>		

Zielvereinbarung:

.....

.....

.....

Das Assessment wurde unter Aufsicht des / der unten aufgeführten direkten Weiterbildners / Weiterbildnerin durchgeführt. Es wurde besprochen und als erfüllt beurteilt.

Unterschriften

Weiterzubildende/er

Weiterbildner/in

Dieses Formular bleibt bei der/beim Weiterzubildenden