

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
Anamnese		
Untersuchung		
Professionalität/ Kommunikation		
Klinisches Handeln		
Klinische Untersuchung		
Aufklärung/Beratung		
Organisation/Effizienz		

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

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