

**Arbeitsplatz-basiertes Assessment**

- Selbsteinschätzung durch Ärztin/Arzt in Weiterbildung  
 Beurteilung durch Weiterbildungner/in

<b>Fokus</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mini-CEX*</b> Problemstellung: ..... .....	<input type="checkbox"/> <b>DOPS*</b> Massnahme/Therapieart: ..... .....	*entsprechend dem Weiterbildungsstand		<b>Gemeinsam formulierte Lernziele</b>
			<b>Was war gut?</b>	<b>Was kann verbessert werden?</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Anamnese</b>	<b>Vorbereitung / Sichtung Unterlagen / Nachsorge</b>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<b>Klinische Untersuchung</b>	<b>Technische Fertigkeit</b>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<b>Aufklärung / Beratung</b>	<b>Vollständigkeit / Sicherheit</b>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<b>Therapieplanung</b>	<b>GTV, CTV, ITV, PTV / DVH</b>	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/>	<b>Geräteeinstellung</b>	<b>Lagerung / Bildkontrollen</b>	.....	.....	.....
	<b>Klinische / psychologische Urteilsfähigkeit / Einfühlungsvermögen</b> <b>Organisation / Effizienz</b> <b>Professionelles Verhalten / Freundlichkeit</b>				
	Anderes : .....				
<b>Gesamteindruck*</b> <input type="checkbox"/> über den Erwartungen <input type="checkbox"/> entsprechend den Erwartungen <input type="checkbox"/> unter den Erwartungen			<b>Bemerkungen</b> .....		

Institution/Klinik \_\_\_\_\_

Datum der Durchführung \_\_\_\_\_

Weiterbildner/in \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt in Weiterbildung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_