



## Selbstauskunft zur Akkreditierung als Akademische Lehrpraxis

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Ggf. Homepage: \_\_\_\_\_

### Aufnahme zur Lehrpraxis

1. Qualifikation der Lehrärztin/des Lehrarztes	Ja	Nein
Sind sie Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin? Wenn nein, welche Facharztbezeichnung: _____		
Sind Sie mindestens zwei Jahre hausärztlich in eigener Verantwortung (Praxis) tätig?		
Sind Sie bereit, regelmäßig an didaktischen Fortbildungen (1-2 Termine pro Jahr) unseres Instituts teilzunehmen?		
Haben Sie die Weiterbildungsberechtigung für Allgemeinmedizin? Wenn ja, wie viele Monate:		

2. Praxisstruktur	Ja	Nein
Sind Sie In einer Gemeinschaftspraxis tätig? Wie viele ärztliche KollegInnen arbeiten in Ihrer Praxis? _____		
Haben Sie mehrere Praxiszweigstellen? Wenn ja, wie viele? _____		
Betreuen Sie mehr als 500 GKV-Versicherte pro Quartal?		
Können Sie eine Praktikumszeit von mind. 35h/Woche gewährleisten?		
Können Sie an mind. 30 Werktagen pro Jahr Studierende aufnehmen?		
Haben Sie einen separaten Raum für den Kontakt PatientIn/Studierende?		
Behandeln Sie PatientInnen aller Altersgruppen?		



3. Arbeitsspektrum der Praxis	Ja	Nein
Führen Sie mind. zweimal pro Monat Haus- und Heimbesuche durch?		
Führen Sie in Ihrer Praxis EKG- Untersuchungen durch?		
Führen Sie gelegentlich kleinere chirurgische Behandlungen durch? Wenn ja, welche:		
Ist Ihre Grundausrichtung typisch allgemeinmedizinisch? *		

\* Zusätzliche Qualifikationen, wie z.B. Psychotherapie, Suchtmedizin, Naturheilkunde, Chirotherapie etc. sind durchaus erwünscht, sofern sie nicht überwiegend die Praxistätigkeit bestimmen.

Praxen, die ihre Arbeit maßgeblich besonderen Therapierichtungen widmen (z.B. Homöopathie, anthroposophische Medizin, sog. Alternative Heilmethoden) können nicht als akademische Lehrpraxis der FAU geführt werden. Dies schließt allerdings nicht aus, dass sie in fakultative Angebote einbezogen werden können.

Mit einer Kontaktaufnahme per Mail bzw. telefonisch bin ich einverstanden  Mit einer Kontaktaufnahme bin ich nicht einverstanden

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, Praxisstempel: \_\_\_\_\_



**Haben Sie Interesse, auch an unser Bayerisches Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin (BayFoNet) angebunden zu sein?**

Wir am Institut für Allgemeinmedizin in Erlangen versuchen praxisrelevante Fragen wissenschaftlich zu beantworten.

Gute Forschung braucht die Nähe zur Ihnen und Ihrer Praxis. In der Studienplanung, -konzeption und in laufenden Forschungsprozessen sind unsere WissenschaftlerInnen auf kritische und konstruktive Blicke von Ihnen als HausärztInnen angewiesen. Genau hier setzt unser Forschungspraxennetz an: Es soll ein Netzwerk hausärztlicher Praxen und universitärer Einrichtungen der Allgemeinmedizin aufgebaut werden, um die Vernetzung und Zusammenarbeit von Universität und hausärztlicher Praxis in jeglichen Belangen zu verbessern, insbesondere im Bereich der Lehre und Forschung.

Dazu benötigen wir Ihre Mitarbeit. Gerne Informieren wir Sie über die Möglichkeiten mitzumachen: Diese reichen von eigenen Forschungsideen bis hin zur aktiven Teilnahme an Forschungsprojekten, über die Beantwortung niedrigschwelliger Fragebögen bis hin zur Rekrutierung von PatientInnen für hausärztlich relevante Forschungsfragen.

**Ja**, ich möchte informiert werden.

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

Per Mail

Per Fax

Per Telefon

**Nein**, ich habe kein Interesse am Forschungspraxennetz...

...weil ich Forschung für nicht hausärztlich relevant halte.

...weil ich mir nicht vorstellen kann, dass meine Patient\*innen dafür geeignet sind.

...weil ich keine freien Valenzen dafür sehe, auch nicht für kurze Fragebögen.

...weil ich bereits in einem anderen Forschungsnetz bin.