

Planung Ambulanztätigkeit

Um die Abläufe in unserer Institutsambulanz möglichst flüssig koordinieren zu können, benötigen wir zum Zeitpunkt Ihrer Zwischenprüfung folgende Angaben von Ihnen:

Datum : _____ **Name PiA:** _____ **Kurs:** _____

Voraussichtlicher Beginn der Ambulanztätigkeit: _____

Wie viele der 600 nötigen Behandlungsstunden sollen in der Ambulanzzeit geleistet werden?

600 300 _____

Ort der Ambulanztätigkeit:

Institutsambulanz

~~AAA~~ Lehrpraxis _____

Mit wie vielen Patienten wollen Sie in der Institutsambulanz starten?

Maximal geplante Patientenzahl pro Woche

Ausschlusstermine bitte ankreuzen:

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|------------|--------|----------|----------|------------|---------|
| Vormittag | | | | | |
| Nachmittag | | | | | |

Sonstige, wichtige organisatorische Mitteilungen an das Ambulanzteam:

Bitte reichen Sie dieses Formblatt zusammen mit Ihren Unterlagen zur Anmeldung der Zwischenprüfung ein!