

Mentee-Anmeldebogen

für das Mentoring-Programm M-V für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin

Name _____	Vorname _____
Geburtsjahr _____	E-Mail _____
PLZ _____	Ort _____
Telefon / Mobil _____	
Dienstl. Anschrift _____	

Beruf und Karriere

Kurz-Vita / Stand Weiterbildung

Mentoring-Programm

Was möchten Sie mit Ihrer Teilnahme am Mentoring-Programm erreichen?

Welche Fragen würden Sie an Ihre Mentorin / Ihren Mentor richten? (Themenwünsche)

bitte wenden ↩

Gibt es Hausärztinnen/ Hausärzte, die für Sie als Mentorin/ Mentor interessant wären?
Die Auswahl ist damit noch nicht endgültig.

Welche Region / Stadt favorisieren Sie für das Mentoring-Programm M-V?
Die Auswahl ist damit noch nicht endgültig.

Welche möglichen Voraussetzungen (z.B. Zusatzqualifikationen) sollten bei Ihrem / Ihrer Mentorin/ Mentor erfüllt sein, damit Sie ihn wählen?

Welche Themen würden Sie im Rahmen des Programms gerne vertiefend bearbeiten?

Welche Herausforderung sehen Sie für sich im Mentoring-Programm?

**Hinweis: Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur im Rahmen des Mentoring-Programms mit Ihrem Einverständnis verwendet.
Bitte teilen Sie Änderungen Ihrer Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, E-Mail) umgehend mit.**