

Profilbogen für Mentorinnen und Mentoren

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

Name _____	Vorname _____	Akad. Grad _____
Geburtsjahr _____	E-Mail _____	
Praxisanschrift _____		
Praxis-Homepage _____		
Zu welchem Praxistyp gehört Ihre Praxis?		
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/> ich bin Angestellter Arzt		
Seit wann sind Sie als Hausarzt / Hausärztin tätig?		_ _ _ _ (Jahr)
Über welche Zusatzqualifikationen verfügen Sie?		
Kurz-Vita:		
Mich begeistert am Beruf des Hausarztes/der Hausärztin besonders:		
Ich gehöre folgenden Netzwerken/Stammtischen an		
Ich beteilige mich als Mentor/in am Mentoring-Programm, weil		
Mein Terminvorschlag für ein Gruppenmentoring ist		
Wochentag:	Uhrzeit:	Ort:
Weitere Anmerkungen:		