

## Anmeldung

für das Mentoring-Programm EinBlick Allgemeinmedizin

Name		Vorname			
Straße		PLZ		Ort	
Telefon		Mobil			
E-Mail					
Fachsemester/Studienphase					

## Mentoring-Programm

Welche Wünsche/Erwartungen richten Sie an unser Programm?

Welche Fragen haben Sie an unsere MentorInnen?

- Ich bin bereit, an den regelmäßigen Gruppentreffen (5 Treffen à 2 Stunden im Laufe von 12 Monaten) im Rahmen des Mentoring-Programms teilzunehmen.
- Ich bin bereit, am Einführungsworkshop teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

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

Weitere Informationen:

[medizin-mentoring@uni-greifswald.de](mailto:medizin-mentoring@uni-greifswald.de) | [www.uni-greifswald.de/medizin-mentoring](http://www.uni-greifswald.de/medizin-mentoring)