

Bewerbung Simulationspersonen-Programm

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Tel.	
E-Mail	

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			

Beruf/Tätigkeit/ Studium (Semester, Fach)

Haben Sie schauspielerische Vorerfahrungen?

 Ja

 Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie Vorerfahrungen mit Unterrichtssituationen, in denen Sie dem Lernenden Rückmeldung (Feedback) gegeben haben?

 Ja Nein

Wären Sie bereit, sich von den Studierenden im Rahmen der medizinischen Ausbildung auch körperlich untersuchen zu lassen? (*Dazu zählen Untersuchungsmaßnahmen wie z.B. Blutdruckmessung, Untersuchung von Gelenken oder Abhören von Herz und Lunge.*)

 Ja Nein

Hatten oder haben Sie Erkrankungen oder Operationen, die Sie uns nennen möchten?*

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

An welchen Tagen oder Zeiten können Sie flexibel für das Simulationspersonen-Programm eingesetzt werden?

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in der Simulationspersonendatenbank erfasst und gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergeben. Nach Beendigung der Zusammenarbeit werden Ihre Daten vollständig gelöscht. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, alle Lehr- und Prüfungsinhalte von denen Sie erfahren, Informationen über Studierende sowie sonstige organisatorische Angelegenheiten geheim zu halten. Diese Verpflichtung besteht über die Beendigung der Zusammenarbeit hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewerbers

**Alle Angaben erfolgen freiwillig.*