

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

PJ Erfahrung 1. Tertial 2. Tertial 3. Tertial

Klinisch-praktische Kompetenz: _____
TOP 10

Anzahl an DOPS Prüfungen Prüfling
 0 1-4 5-9 >10x

Bitte prüfen Sie folgende Bereiche und markieren Sie entsprechend

	Nicht ausreichend	Unsicher	Kompetent	N/B*
1. Vorbereitung (Lagerung, Analgesie, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Technische Fertigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aseptische Technik entsprechend der Hygienerichtlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kennt seine Grenzen und Sucht Hilfe wo erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nachbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kommunikative Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Professionalität in Durchführung und Auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gesamtbeurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*N/B Hier ankreuzen wenn das Verhalten nicht beobachtet wurde

Bitte benutzen Sie dieses Feld für Stärken und etwaige Verbesserungsvorschläge (Strukturiertes Feedback)

Unterschrift Student/-in

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin, Stempel

Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie

PJ Erfahrung 1. Tertial 2. Tertial 3. Tertial

Klinisch-kommunikative Kompetenz: _____
TOP 10

Anzahl an Mini-CEX Prüfungen Prüfling
 0 1-4 5-9 >10x

*Bitte prüfen Sie folgende Bereiche und markieren Sie
entsprechend*

	Nicht ausreichend	Unsicher	Kompetent	N/B*
1. Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klinische Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kommunikative Kompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Klinisches Urteilsvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Professionalität in Durchführung und Auftreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Organisation und Effizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesamtbeurteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*N/B Hier ankreuzen wenn das Verhalten nicht beobachtet wurde

Bitte benutzen Sie dieses Feld für Stärken und etwaige Verbesserungsvorschläge (Strukturiertes Feedback)

Unterschrift Student/-in

Datum, Unterschrift Arzt/Ärztin, Stempel