



Fragebogen für Interessierte am Simulationspersonenprogramm LernKlinik Leipzig

Name, Vorname:

geboren am:

Adresse:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Beruf/Tätigkeit:

Vom Simulationspatientenprogramm
habe ich erfahren durch:

Sprachen: Muttersprache:

weitere Sprachen:

Haben Sie schauspielerische Erfah-
rungen?

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

Haben Sie Unterrichtserfahrungen?

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

Haben Sie Erfahrungen im medizini-
schen Bereich?

→ Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

Was interessiert Sie besonders an
der Tätigkeit als Simulationspati-
ent/in:



Gibt es Krankheiten, die Sie auf
keinen Fall darstellen wollen?

ja

nein

→ Wenn ja, welche:

Körperliche Besonderheiten (z.B. Übergewicht, Untergewicht, Operationsnarben etc.):

In Simulationen werden neben dem Gespräch auch körperliche Untersuchungen (z. B. Blutdruckmessung, Untersuchung von Herz und Lunge, Untersuchung der Gelenke) durchgeführt. Sind sie grundsätzlich damit einverstanden, dass solche Untersuchungen bei Ihnen gemacht werden oder möchten Sie das einschränken?

Nein, ich möchte mich nicht untersuchen lassen.

Ja, ich bin mit allen Untersuchungen einverstanden.

Ja, mit folgenden Einschränkungen:

Die meisten Einsätze als Simulationspatienten werden **wochentags von 10:00 – 17:30 Uhr** stattfinden. Sind Sie zeitlich flexibel einsetzbar?

ja

nein

→ Wenn nein, bitte mögliche Zeiträume angeben (z. B. „nur zwischen 10 und 14 Uhr“ oder ähnliches):

Bitte senden Sie dieses Dokument an:

clemens.ludwig@medizin.uni-leipzig.de

Oder per Telefax: 0341 97-15179

0341-97-15177

Oder postalisch:

LernKlinik Leipzig
Clemens Ludwig, M.Sc. (Psy.)
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig
Liebigstr. 23/25, Haus D
04103 Leipzig