

Kennenlernformular: „Klasse Hausärzte (m, w, d)“ – KLAHA

Voraussetzung: Zulassung zum Medizinstudium an der OvGU



Name	
Vorname	
Matrikelnummer & akt. Semester	
Geburtsdatum	
Email	
Telefonnummer (mobil)	
Letzter Wohnort vor Aufnahme des Studiums:	<input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich PLZ: _____ Land: _____
Zulassung zum Medizinstudium an der OvGU:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> und zwar über die Landarztquote

Was sind Ihre Gründe für die Wahl des Medizinstudiums?	
Was sind Ihre Erwartungen die "Klasse Hausärzte (m, w, d)"?	
Welche Präferenz/en haben Sie für die Region der Praxis Ihres Mentors/Ihrer Mentorin?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis <input type="checkbox"/> Stadt <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Region: _____
Fragen zur Mobilität:	<ul style="list-style-type: none">• Verfügen Sie über einen PKW-Führerschein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• Haben Sie Zugang zur Nutzung eines PKWs? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein• Sind Sie auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel/Fahrrad angewiesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?	

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular elektronisch an:

klaha@med.ovgu.de