Abschluss «Berufspraxis unter Mentorat» M7

# Personalien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personalien Mentorand/in | | | |
| Anrede | Herr  Frau |  |  |
| Nachname |  | Vorname |  |
| Adresse |  | PLZ, Ort |  |
| Telefon Praxis |  | Telefon Mobile |  |
| E-Mail |  | Sprache |  |
| AHV Nummer |  | Geburtsdatum |  |
| Arbeitstätigkeit | Selbständig in eigener Praxis  angestellt bei Arbeitgeber | | |
| Arbeitgeber bei  Anstellung | von       bis        von       bis | | |
| Fachrichtung | Ayurveda-Medizin  Homöopathie  Traditionelle Chinesische Medizin TCM  Traditionelle Europäische Naturheilkunde TEN | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personalien Mentor/in (welche/r die Schlussbeurteilung vornahm) | | | |
| Anrede | Herr  Frau |  |  |
| Nachname |  | Vorname |  |
| Telefon Praxis |  | Telefon Mobile |  |
| E-Mail |  | | |
| AHV-Nummer |  | | |

# Angaben zum absolvierten Mentorat M7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Angaben zum gesamten Mentorat | | | |
| Datum Beginn |  | Datum Ende |  |
| Pensum Berufspraxis des Mentoranden (während einer Anstellung im Mentorat) |  | Geleistete Behandlungszeit[[1]](#footnote-1)  (bei selbständiger Tätigkeit) |  |
| Total Einzelmentorat in Std. |  | Total Gruppenmentorat in Std. |  |
| 1. Mentor/in: Name |  | Vorname |  |
| 2. Mentor/in: Name |  | Vorname |  |
| 3. Mentor/in: Name |  | Vorname |  |
| 4. Mentor/in: Name |  | Vorname |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zum letzten Mentorat | |
| Datum Beginn Betreuung dieses Mentorates |  |
| Umfang Betreuung dieses Mentorates (Std.) |  |

# Schlussbeurteilung

(Gemäss „Richtlinie Berufspraxis unter Mentorat M7“, Kapitel 2.4 und 2.5)

## Überprüfung und Beurteilung Mentoratsbedingungen

|  | **Kriterium und Indikatoren** | **Kommentar** | **Erfüllt** | **Nicht erfüllt** | **Hinweis** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Formale Kriterien |  |  |  |  |
| 1.1 | Die Mentoratszeit liegt zwischen zwei und fünf Jahren. |  |  |  |  |
| 1.2 | Die Berufspraxis erfolgte im Umfang von 800 Std. Sollarbeitszeit mit Patientenbezug. Oder 50% Anstellung (bei 2 Jahren Dauer) bzw. 20% (bei 5 Jahren. |  |  |  |  |
| 1.3 | Es liegt ein AHV-Nachweis für die Mentoratszeit vor, oder  eine unterzeichnete Arbeitsbestätigung für die geforderte Zeit (mit ausgewiesener Fachrichtungstätigkeit sowie Mitbeteiligung am Praxismanagement). |  |  |  |  |
| 1.4 | Es wurden min. 60 Stunden Mentorat absolviert, verteilt auf die Mentoratszeit mit jeweils mind. sechs Std. im Halbjahr (Gemäss Mentoratsprotokoll). |  |  |  |  |
| 1.5 | Es waren minimal zwei und maximal vier unterschiedliche Mentor/innen involviert. |  |  |  |  |
| **2** | Kriterien Einzelmentorat |  |  |  |  |
| 2.1 | Das Einzelmentorat in der Fachrichtung umfasste mind. 30 Stunden. |  |  |  |  |
| 2.2 | Mind. zehn eigene Patientenfälle wurden mentoriert und im Mentoratsprotokoll dokumentiert. |  |  |  |  |
| 2.3 | Drei Patientenfälle wurden während sechs Monaten betreut und die Anamnese/Befundung erfolgte in Anwesenheit (od. Video) der Mentorin, des Mentors. |  |  |  |  |
| **3** | **Kriterien Gruppenmentorat** |  |  |  |  |
| 3.1 | Das Gruppenmentorat umfasste mindestens 30 Stunden. |  |  |  |  |
| 3.2 | Es sind mindestens acht Veranstaltungen im Gruppenmentorat besucht worden. |  |  |  |  |
| **4** | **Inhaltliche Kriterien für Erreichung Mentoratsthemen[[2]](#footnote-2)** |  |  |  |  |
| 4.1 | Das obligatorische Mentoratsthema «Patientenfälle» (Anamnese, Fallanalyse/Beurteilung, Therapieplanung, Therapiedurchführung, Betreuung) wurde bearbeitet. |  |  |  |  |
| 4.2 | Es wurden im Mentorat mindestens drei der sechs definierten Themen gemäss Vorgaben in der Richtlinie bearbeitet. |  |  |  |  |
| 4.3 | Die aufgeführten Mentoratsthemen sind mehrheitlich abgeschlossen, d.h. es sind in den Mentoratsprotokollen keine wesentlichen Themen mehr offen und bei der Zielerreichung mit «Weiterhin Zielsetzung» angegeben. |  |  |  |  |

Weitere Hinweise/Bemerkungen zur Beurteilung der Zielsetzungen:

* Hinweis 1:
* Hinweis 2:
* Hinweis 3:
* Hinweis 4:
* Hinweis 5:

Die unterzeichnende Mentorandin, der unterzeichnende Mentorand bestätigt von dieser Beurteilung in Kenntnis gesetzt worden zu sein und die dazu notwendigen Angaben (gemäss vorgelegten Protokollen) wahrheitsgetreu vorgenommen zu haben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Mentorandin/Mentorand

# Antrag für den Modulabschluss

Die unterzeichnende Mentorin, der unterzeichnende Mentor bestätigt, die obigen Angaben gewissenhaft und wahrheitsgetreu vorgenommen zu haben.

Sie/er bezeugt die Erreichung der Mentoratsziele gemäss der ihr/ihm vorliegenden Protokolle und beantragt für die Mentorandin, den Mentorand die Ausstellung des Modulzertifikats M7.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Mentorin/Mentor

1. Behandlungszeit: Behandlungen mit direktem Patientenkontakt (verrechenbare Behandlungs-/Nachbearbeitungszeit) [↑](#footnote-ref-1)
2. Sechs Mentoratsthemen gemäss „Richtlinie Mentorat“, Kapitel 2.5 [↑](#footnote-ref-2)