

## Antragsformular für Teilnehmer (Mentees) zum Mentoring-Programm

Nachname:

Vorname:

Arztnummer:

PLZ/Ort:

Email:

Tel.:

### Berufsbezeichnung (mehrere Antworten möglich):

- Arzt/-ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt für
- Turnusarzt/-ärztin für Allgemeinmedizin
- niedergelassen, Kassenpraxis
- niedergelassen, Privatordination od. Wahlarzt
- angestellt, Arzt(Ärztin)
- Wohnsitzarzt/-ärztin
- Wiedereinsteiger/-in nach Krankheit, Karenz etc.
- besondere Berufsfelder (z.B. Notarzt, Arbeitsmedizin):

### Demografische Daten (nur für die statistische Auswertung):

Bitte Geschlecht angeben

Bitte Geburtsjahr angeben

### Motivation/Erwartungen:

Bitte beschreiben Sie, welche Art der Unterstützung Sie sich von einem Mentor erwarten

### Ihr Wunsch bezüglich Zuordnung des Mentors/der Mentorin:

- Ich habe keine besondere Präferenz
- Ich wünsche mir eine Mentorin/einen Mentor mit vertieftem Verständnis in folgendem Bereich:

### **Vertragsumfang, Dauer, Zeitrahmen:**

Sobald sich nach einem unverbindlichen Erstkontakt (z.B. telefonisch) Mentor und Mentee für ein Mentoring bereiterklären, finden insgesamt 4 (aber mindestens 2) Sitzungen statt. Diese Sitzungen sind an keinen bestimmten Ort gebunden. Dauer einer Sitzung: eine Doppelstunde (90 min).

Die Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen sollen 3 Monate nicht überschreiten.

Der Mentor muss, der Mentee kann ein Protokoll über diese Sitzungen führen (Qualitätskontrolle). Das Protokoll soll nach Möglichkeit allgemein gehalten sein und wird in Abstimmung mit dem Mentee verfasst.

Nach der letzten Sitzung erfolgt eine Endevaluierung.

Der Inhalt der Gespräche ist vertraulich und wird, ähnlich wie bei der ärztlichen Schweigepflicht, nicht nach außen getragen. Nur in den seltenen Fällen, in denen man auch von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wäre (z.B. Planung einer schwerwiegenden Straftat), müssen Informationen weitergegeben werden. Sollte eine Auswertung der Formulare und Protokolle für statistische oder wissenschaftliche Zwecke vorgesehen sein, erfolgt diese streng anonymisiert und nur mit dem expliziten Einverständnis sowohl von Mentor/Mentorin und Mentee.

Der Mentor/die Mentorin behält sich das Recht vor, seine Mentorenrolle vorzeitig zu beenden (mit oder ohne Angabe von Gründen).

Der Mentee hat ebenfalls das Recht, sich mit oder ohne Angabe von Gründen vorzeitig aus dem Vertrag zurückzuziehen. Ein Re-Matching ist möglich.

Um Missverständnissen vorzubeugen, ist ein vorzeitiges Beenden des Mentoren-/Menteevertrags schriftlich (z.B. formlose Email) zu melden.

### **Honorierung:**

Der Mentor stellt nach jeder Sitzung eine Honorarnote. Die Kosten pro Sitzung sind **Euro 150,-**. Im Rahmen des Pilotprojekts werden diese Kosten vom ZAM getragen.

### **Erklärung (bitte Zutreffendes ankreuzen):**

Laufen gegenwärtig behördliche Ermittlungen irgendeiner Art oder wird bei Ihnen die physische und psychische Eignung zur Ausübung des Arztberufs von Seiten der Behörden oder der Kammer in Frage gestellt? Bitte Erklärung abgeben

\* Ich bin mir bewusst, daß mich mein Mentor nicht in Ermittlungs-, Straf-, Ordnungswidrigkeits-, disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren vertreten kann. Sollten sich diesbezüglich Änderungen meiner Umstände ergeben, werde ich meinen Mentor davon in Kenntnis setzen.

\* Ich habe den ethischen Leitfaden zum Mentoring (Anhang) erhalten und zur Kenntnis genommen.

(Die mit \* gekennzeichneten Kästchen sind Pflichtfelder!)

Bei Fragen oder Anliegen kontaktieren Sie bitte: [mann@aekwien.at](mailto:mann@aekwien.at)  
(Anmeldung und Administration)