

# CME

## Evaluationsbogen

### „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“

#### A Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnr.:

PLZ/Ort:

Ich bin Mitglied der Ärztekammer (bitte Namen der Kammer eintragen):

Anschrift:  privat  dienstlich

Jahr meiner Approbation:

Ich befinde mich in der Weiterbildung zum:

Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in (bitte Fach eintragen):

Ich bin tätig als:  Assistenzarzt  Oberarzt  Chefarzt  niedergelassener Arzt  Sonstiges:

Ich bin DMW-Abonnent:  ja  nein

Falls nein: ich habe den Fragebogen aus/von:  Thieme-connect  Kollegen  der Klinik  einer Bibliothek  Sonstiges

#### B Lernerfolgskontrolle

(Eine Antwort pro Frage ankreuzen)

- |   |                            |                            |                            |                            |                            |    |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 7  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 2 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 8  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 3 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 9  | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 4 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 10 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 5 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | 11 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |
| 6 | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E |    |                            |                            |                            |                            |                            |

#### C Erklärung

Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe

Ort/Datum:

Unterschrift

#### D Feld für CME-Wertmarke

Bitte in dieses Feld die **CME-Wertmarke** kleben

oder Ihre **DMW Abonnement-Nummer** eintragen:

(siehe Adressaufkleber Ihrer DMW)

#### E Zertifizierungsfeld (wird durch die DMW ausgefüllt)

##### Ihr Ergebnis

Sie haben \_\_\_\_ von 11 Fragen richtig beantwortet.

Im Durchschnitt wurden \_\_\_\_ der Fragen richtig beantwortet.

Sie haben  bestanden  nicht bestanden.

ungültig, weil: \_\_\_\_\_

Stuttgart, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift

Bitte unbedingt Rückseite ausfüllen!

**F** Fragen zur Zertifizierung (bitte unbedingt ausfüllen bzw. ankreuzen, da Evaluation sonst unvollständig!)

## Didaktisch-methodische Evaluation

### 1 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen kommen in meiner ärztlichen Tätigkeit

- häufig vor
- regelmäßig vor
- selten vor
- gar nicht vor

### 2 Bezüglich der Diagnostik und Therapie unerwünschter Arzneimittelwirkungen gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages

- eine feste Gesamtstrategie
  - noch offene Einzelprobleme:
- 
- keine Strategie

### 3 Bezüglich unerwünschter Arzneimittelwirkungen

- fühle ich mich nach dem Studium des Beitrages in meiner Strategie bestätigt
- habe ich meine Strategie verändert: \_\_\_\_\_
- habe ich erstmals eine einheitliche Strategie erarbeitet
- habe ich keine einheitliche Strategie ableiten können

### 4 Wurden aus der Sicht Ihrer täglichen Praxis heraus wichtige Aspekte des Themas

a) nicht erwähnt?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

b) zu knapp abgehandelt?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

c) überbewertet?  ja  nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

### 5 Verständlichkeit des Beitrages

- Der Beitrag ist nur für Spezialisten verständlich
- Der Beitrag ist auch für Nicht-Spezialisten verständlich

### 6 Beantwortung der Fragen

- Die Fragen lassen sich aus dem Studium des Beitrages allein beantworten
- Die Fragen lassen sich nur unter Zuhilfenahme zusätzlicher Literatur beantworten

### 7 Die Aussagen des Beitrages benötigen eine ausführlichere Darstellung

- zusätzlicher Daten
- von Befunden bildgebender Verfahren
- die Darstellung ist ausreichend

### 8 Wieviel Zeit haben Sie für das Lesen des Beitrages und die Bearbeitung des Quiz benötigt?

---