

Aktiv in der Lehre

Einverständniserklärung und Angaben zur Lehrleistung.
Lehraktivität ist Voraussetzung für die Teilnahme am Programm.



Medizinische Hochschule
Hannover

Persönliche Angaben			
Name:	Vorname:	Akad. Titel:	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Email:	Telefon:	
Klinik / Institut / Abteilung:		OE:	
Teilnahme „Basisprogramm zur Qualifizierung von Lehrenden an der MHH“?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bitte ankreuzen)</i>			
Ort / Datum:		Unterschrift <i>(Vor- u. Zuname)</i> :	
Curriculare Leistungen			
Studiengang	Veranstaltung	Thema der abgehaltenen Lehrveranstaltung	Stunden
Masterarbeiten/ Promotionen			
Studiengang	Institut / Klinik / Abteilung	Stunden	
Betreuung von Laborpraktika			
Studiengang	Institut / Klinik / Abteilung	Stunden	
Beteiligung an Prüfungen			
Studiengang	Zahl	Stunden	
Sonstige Leistungen Lehre in der Weiterbildung und Unterricht an Schulen (z.B. TRAIN, HBRS)			
Zielgruppe	Inhalt / Thema	Stunden	
Einverständniserklärung durch den Vorgesetzten		Stunden pro Studienjahr:	Gesamtstunden:
Ich bestätige mein Einverständnis an der Teilnahme am Programm und genehmige die Freistellung:			
Name:			
Abteilung:			
OE:			
Ort / Datum:			
Unterschrift:			

Bitte unterschrieben zurück per E-Mail: studiendekanat.didaktik@mh-hannover.de
Kontakt: Dr. Birgit Kubat, Studiendekanat Medizin, OE 9136, Tel.: 3902