

Einsatz von Simulationspatient:innen

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| Titel der Veranstaltung | | |
| Unterricht <input type="checkbox"/> | Prüfung <input type="checkbox"/> | |
| Ansprechpartner | Name | |
| | E-Mail | |
| | Telefon | |
| Termine | Anzahl | |
| Datum und Uhrzeit | | |
| Teilnehmende | | |
| <input type="checkbox"/> Med.-Studierende | <input type="checkbox"/> Andere: | |
| Anzahl Teilnehmende pro Termin | | |

Im Folgenden werden konkrete Fragen zur Einsatzplanung und den Fällen gestellt. Auch wenn Sie keine Erfahrungen im Einsatz von SP haben, bitten wir Sie darum diese, soweit möglich, auszufüllen damit wir eine grundlegende Vorstellung Ihrer Veranstaltung erhalten.

| | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Was soll durch den Einsatz von SPs erreicht werden? | | |
| | | |
| Beschreibung des Szenarios der Simulationen (Ort, Situation, anwesende/handelnde Personen, ...) | | |
| | | |
| Wie viele SPs benötigen Sie pro Termin? | | |
| Wie viele unterschiedliche Rollen/Fälle? | Insgesamt | |
| | Pro SP/Termin | |
| Wie viele Simulationen soll ein SP pro Termin durchführen? | | |
| Wie lange dauert eine Simulation? | | |
| Anforderungen an die eingesetzten SP (Geschlecht, Alter, körperliche Besonderheiten, ...) | | |
| | | |
| Werden körperliche Untersuchungen durchgeführt? | | |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? |
| Werden Requisiten (z.B. Verbände, EKG-Sonden, Wund-Modelle) eingesetzt? | | |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Welche? |
| Sollen die SP den Teilnehmenden Feedback geben? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |