

# CME

## Evaluationsbogen

### Das diabetische Fußsyndrom

#### A Angaben zur Person

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift:  privat  dienstlich

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

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 **Das diabetische Fußsyndrom kommt in meiner ärztlichen Tätigkeit**
  - häufig vor
  - regelmäßig vor
  - selten vor
  - gar nicht vor
  
- 2 **Bezüglich der Diagnostik und Therapie des diabetischen Fußsyndroms gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages**
  - eine feste Gesamtstrategie
  - noch offene Einzelprobleme: \_\_\_\_\_
  - keine Strategie
  
- 3 **Bezüglich des diabetischen Fußsyndroms**
  - 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?**  
\_\_\_\_\_

