

CME

Evaluationsbogen

Chronische nicht-tumorbedingte Schmerzsyndrome

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
2	<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
4	<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
6	<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
8	<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
10	<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

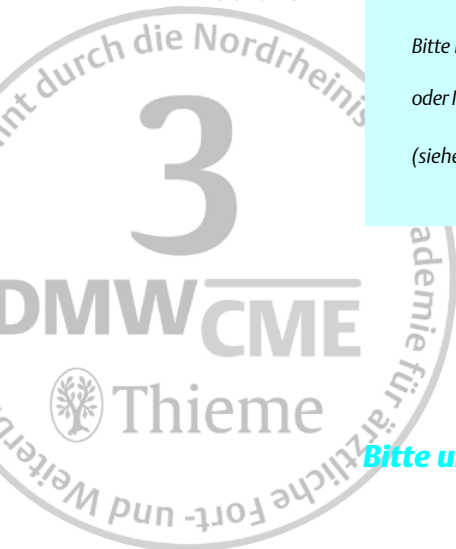
Sie haben _____ von 10 Fragen richtig beantwortet.

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 Chronische nicht-tumorbedingte Schmerzsyndrome kommen in meiner ärztlichen Tätigkeit

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

2 Bezüglich chronischer nicht-tumorbedingter Schmerzsyndrome gab es für mich vor dem Studium dieses Beitrages

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

3 Bezüglich chronischer nicht-tumorbedingter Schmerzsyndrome

- 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?

Für die Teilnahme auf dem Postweg senden Sie den **vollständig ausgefüllten Evaluationsbogen** mit aufgeklebter **Wertmarke** oder dem **Eintrag Ihrer Abonnement-Nummer** im Wertmarkenfeld D und einen **ausreichend frankierten und an Sie selbst adressierten Rückumschlag** an:

Georg Thieme Verlag, DMW
Stichwort „CME“
Postfach 301120

70451 Stuttgart

