

☐ Selbsteinschätzung durch Ärztin/Arzt in Weiterbildung
☐ Beurteilung durch Weiterbildner/in

Institution/Klinik _____

Weiterbildner/in _____

Unterschrift _____

Datum der Durchführung _____

Ärztin/Arzt in Weiterbildung _____

Unterschrift _____