|  |  |
| --- | --- |
|  | **PSEUDONYMISIERUNG**  = Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (Bsp.: **M**arie Mustermann)  = Letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (Bsp.: Mari**e** Mustermann)  = Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (Bsp.: **P**eter Mustermann)  = Letzter Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (Bsp.: Pete**r** Mustermann)  = Die Ziffern Ihres eigenen Geburtstags (Bsp.: **12**.08.1991 oder **05**.03.1996) |
| **b** |
|  |
|  |
|  |
|  |

**VORHER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANGABEN ZUM KURS**  Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort: (Bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | | | | |
| RUB MA |  | JoBo |  | KKB |  | BHL |  | MaHe |  | Minden |  | Herford |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANGABEN ZUM/R TEILNEHMER/IN**  Geschlecht O weiblich O männlich  Alter\_ \_\_  Fachsemester  O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O 6 O 7 O 8 O 9 O 10 O anderes: \_ \_\_  Bereits Kurs zur Blutentnahme durchgeführt? O nein O ja, wann: \_\_\_ \_  Berufsausbildung ? O nein O ja, welche: \_\_\_ \_  Wie haben Sie vom Kurs erfahren? (Bitte ankreuzen) | | | | |
| Moodle | Schwarzes Brett | Von Teilnehmern | Facebook | Anders: |

1. Beurteilen Sie folgende Aussagen im Hinblick auf Ihre Sicherheit in der **eigenständigen Durchführung**:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stimme Stimme  voll zu gar nicht zu |
| Im Benennen und Zuordnen des Materials für eine Blutabnahme fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Die Indikation und Durchführung der Händedesinfektion ist mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Möglichkeiten der Patientenidentifikation und Zuordnung zu Blutentnahmeröhrchen sind mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| In der Durchführung von Schutzmaßnahmen zur Eigen- und Patientensicherung fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Ich fühle mich in der technischen Vorbereitung einer Blutentnahme mit Stauen und Aufsuchen sicher | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Die richtige Materialvorbereitung (Non-Touch-Technik) ist mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| In der Durchführung einer Blutabnahme fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Das richtige Verhalten nach der Blutabnahme ist mir vertraut (Materialentsorgung & Versorgung Punktionsstelle). | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PSEUDONYMISIERUNG**  = Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (Bsp.: **M**arie Mustermann)  = Letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter (Bsp.: Mari**e** Mustermann)  = Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (Bsp.: **P**eter Mustermann)  = Letzter Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters (Bsp.: Pete**r** Mustermann)  = Die Ziffern Ihres eigenen Geburtstags (Bsp.: **12**.08.1991 oder **05**.03.1996) |
| **b** |
|  |
|  |
|  |
|  |

**NACHHER**

1. Beurteilen Sie folgende Aussagen im Hinblick auf Ihre Sicherheit in der **eigenständigen Durchführung**:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stimme Stimme  voll zu gar nicht zu |
| Im Benennen und Zuordnen des Materials für eine Blutabnahme fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Die Indikation und Durchführung der Händedesinfektion ist mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Möglichkeiten der Patientenidentifikation und Zuordnung zu Blutentnahmeröhrchen sind mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| In der Durchführung von Schutzmaßnahmen zur Eigen- und Patientensicherung fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Ich fühle mich in der technischen Vorbereitung einer Blutentnahme mit Stauen und Aufsuchen sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Die richtige Materialvorbereitung (Non-Touch-Technik) ist mir vertraut. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| In der Durchführung einer Blutabnahme fühle ich mich sicher. | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| Das richtige Verhalten nach der Blutabnahme ist mir vertraut (Materialentsorgung & Versorgung Punktionsstelle). | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |

1. *Versetzen Sie sich bitte gedanklich**in die Situation* ***vor dem Tutorium*** *und berücksichtigen dabei ihr neu hinzugewonnenes Wissen. Wie würden Sie nun rückwirkend Ihren Kompete-nzenstand* ***vor dem Kurs*** *einschätzen?*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stimme Stimme  voll zu gar nicht zu |
| *Im Benennen und Zuordnen des Materials für eine Blutabnahme fühle ich mich sicher.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *Die Indikation und Durchführung der Händedesinfektion ist mir vertraut.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *Möglichkeiten der Patientenidentifikation und Zuordnung zu Blutentnahmeröhrchen sind mir vertraut.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *In der Durchführung von Schutzmaßnahmen zur Eigen- und Patientensicherung fühle ich mich sicher.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *Ich fühle mich in der technischen Vorbereitung einer Blutentnahme mit Stauen und Aufsuchen sicher.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *Die richtige Materialvorbereitung (Non-Touch-Technik) ist mir vertraut.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *In der Durchführung einer Blutabnahme fühle ich mich sicher.* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |
| *Das richtige Verhalten nach der Blutabnahme ist mir vertraut (Materialentsorgung & Versorgung Punktionsstelle).* | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**PSEUDONYM**

|  |  |
| --- | --- |
| Sehr gut | Ungenügend |

Beurteilen Sie anhand einer Skala:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2. Das Klima/Miteinander während des Tutoriums.

3. Die organisatorischen Rahmenbedingungen.

4. Wie klar und verständlich das Tutorium organisiert war.

5. Wie gut Sie sich durch das Tutorium auf Ihre Berufspraxis

vorbereitet fühlen.

6. Wie zielgerichtet und konkret die Arbeitsaufträge waren.

7. Den Einsatz von Hilfsmitteln im Tutorium.

8. Die Möglichkeiten zur eigenen/praktischen Mitarbeit.

9. Die Integration von theoretischen Anteilen.

10. Das TutorInnen-Team bzgl. methodisch-didaktischer Kompetenz.

11. Das TutorInnen-Team bzgl. der Vorbildfunktion.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JA |  | NEIN |  |

12. Würden Sie den Kurs weiterempfehlen?

13. Ihre Zufriedenheit mit dem Kurs insgesamt:

 

Sehr gut, prima Ganz okay, kann so bleiben Änderungen erforderlich

Was mir gut/nicht so gut gefallen hat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_