

Universitätsklinikum Würzburg
 Institut für Medizinische Lehre
 und Ausbildungsforschung
 Josef-Schneider-Str. 2/D6
 97080 Würzburg

Vielen Dank für Ihre Anmeldung!
 Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular
 können Sie uns per E-Mail, Fax oder
 auf dem Postweg zukommen lassen.

E-Mail: Henig_L@ukw.de
 Fax: 0931/201 – 655213

Anmeldung für EXTERNE Teilnehmende – Aufbaustufe Medizindidaktik 2025

Anrede	Titel	Vorname	Name
E-Mail (bevorzugte Kontaktadresse)		Telefon (für Rückfragen)	Geburtsdatum (zur Ausstellung des Zertifikats)
Universität/Klinik		Geschäftsbereich/Stabsstelle/Klinik/ Institut/Zentrum	
Berufsbezeichnung/Funktion		Berufsausbildung/Studium	
Funktion in Forschung & Lehre		Kommentar (optional)	
Ihre Kursauswahl (jeweils 10:00-16:00 Uhr)			
Modul IV Fallberatung, Gruppenprozesse und Kollaboration im Team + Klinische Entscheidungsfindung und didaktische Reduktion 13./14.03.2025 <input type="checkbox"/>		Modul V Herausfordernde Lehrsituationen, Leadership und heterogene Gruppen + Digital gestützte Lehre, Virtual Classroom und Virtual Reality 22./23.05.2025 <input type="checkbox"/>	
Modul VI Klinisch-praktisch Prüfen (OSCE) und gutes Erklären 25./26.09.2025 <input type="checkbox"/>			
<i>Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich für das oben genannte Weiterbildungsangebot an. Die Teilnahmebedingungen auf der Website des Instituts habe ich gelesen und erkenne diese als Grundlage meiner Anmeldung an.</i>			
Ort, Datum		Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers	
<i>Ich unterstütze die didaktische Weiterbildung meiner Mitarbeiterin/meines Mitarbeiters und erteile eine verbindliche Freistellung.</i>			
Ort, Datum		Unterschrift der/des Vorgesetzten	

Kursgebühren			
Externe Teilnehmende entrichten für das Weiterbildungsangebot eine Unkostenpauschale in Höhe von 20 €/Tag . Die Höhe der Gesamtkosten ergibt sich aus der Anzahl an gebuchten Kursen. Geben Sie im Fall, dass Ihr Arbeitgeber die Gebühren übernimmt, bitte dessen Anschrift an.			
Rechnungsanschrift			
<input type="checkbox"/>	Arbeitgeber übernimmt die Entrichtung der Gebühren	<input type="checkbox"/>	Selbstzahler/in
Rechnungsanschrift Arbeitgeber		Rechnungsanschrift Privat	
<i>Ich erkläre mich bereit, die fällige Gebühr zu begleichen.</i>			
Ort, Datum Unterschrift Rechnungsempfänger/in		Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer/in	