

Universitätsklinikum Würzburg  
 Institut für Medizinische Lehre  
 und Ausbildungsforschung  
 Josef-Schneider-Str. 2/D6  
 97070 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](mailto:Henig_L@ukw.de)  
 Fax: 0931/201 – 655213

**Anmeldung für INTERNE Teilnehmende – Grundstufe Medizindidaktik 2025 1**

Anrede	Titel	Vorname	Name
<b>E-Mail</b> (bevorzugte Kontaktadresse)		<b>Telefon</b> (für Rückfragen)	<b>Geburtsdatum</b> (zur Ausstellung des Zertifikats)
<b>Universität/Klinik</b>		<b>Geschäftsbereich/Stabsstelle/Klinik/Institut/Zentrum</b>	
<b>Berufsbezeichnung/Funktion</b>		<b>Berufsausbildung/Studium</b>	
<b>Funktion in Forschung &amp; Lehre</b>		<b>Kommentar</b> (optional)	
<b>Ihre Kursauswahl</b> (jeweils 10:00-16:00 Uhr)			
<b>Modul I</b> Lernziele, NKLM und Präsentation + Constructive Alignment und Blended Learning <b>30./31.01.2025</b> <input type="checkbox"/>		<b>Modul II</b> Lernen verstehen und Plenardidaktik + Lehre am Arbeitsplatz, Bewertungsmethoden und Feedback <b>20./21.02.2025</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Modul III</b> Prüfungen in der Medizin, Multiple-Choice-Formate + Evaluation u. Motivation der Lernenden fördern <b>10./11.04.2025</b> <input type="checkbox"/>			
<i>Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich für das gewählte Weiterbildungsangebot an. Die Teilnahmebedingungen und Datenschutzhinweise 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	