



ORGANISATION DER ÄRZTINNEN ÖSTERREICHS  
1130 Wien, Speisinger Straße 4  
www.aerztinnenbund.at

## Mentorinnennetzwerk

Ja, ich möchte in die Mentee-Datei des Mentorinnennetzwerkes aufgenommen werden.

Titel: .....

Vorname: .....

Nachname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Tel (dientlich): .....

Tel (privat): .....

Fax: .....

Email: .....

- Studentin
- Turnusausbildung
- Assistenzärztin
- Karenz
- Sonstiges

Auf welcher Universität absolvieren Sie derzeit Ihre Ausbildung?

Name: .....

Ort: .....

Bei abgeschlossener Ausbildung:

Datum der Promotion: .....

An welcher Klinik arbeiten Sie derzeit?

Name: .....

Ort: .....

Fachgebiet: .....

Haben Sie bereits Praxiserfahrung (Famulaturen, Beruf etc.)?

Ja

Nein

Ort:

.....

Art der Tätigkeit:

.....

Dauer:

.....

Besondere Kenntnisse/ Erfahrungen (z.B. Auslandsaufenthalte, Sprachen):

.....

.....

.....

Mitgliedschaft in der Organisation der Ärztinnen Österreichs seit:

.....

Welche Voraussetzungen soll die Mentorin erfüllen

a) bezüglich Ihrer Persönlichkeit?

.....

.....

.....

b) bezüglich Ihres Tätigkeitsbereiches?

.....

.....

.....

Den Kontakt zu einer Mentorin wünsche ich mir über

eine Famulatur

eine Doktorarbeit

anderes, und zwar

.....

**Einverständniserklärung:**

Ich bin damit einverstanden, mit den oben genannten Angaben in die Menteedatei des Mentorinnennetzwerkes aufgenommen zu werden. Die Angaben werden ausschließlich zum Aufbau des Mentorinnennetzwerkes genutzt.

Ort, Datum:

.....

Unterschrift:

.....

Bitte schriftlich senden an:

Dr. med. Iris Habitzel, Steinbruchstrasse 1a, A- 6020 Innsbruck

oder per E-mail: iris.habitzel@psb1.uibk.ac.at, edith.schratzberger@gmx.at