



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

Mentorinnennetzwerk

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

Titel:

Vorname:

Nachname:

Praxis, Klinik, Institution:

Straße:

PLZ, Ort:

Tel (dienstlich):

Tel (privat):

Fax:

Email:

Wann telefonisch erreichbar:

Fachgebiet:

Bisherige berufliche Tätigkeiten?

.....
.....

Derzeitige Funktion/Position:

Schwerpunkte Ihrer Arbeit:

.....
.....

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

.....
.....

Mitgliedschaft In der Organisation der Ärztinnen Österreichs seit:

Welche Kollegin möchten Sie gerne unterstützen?

- eine Studentin
- eine Ärztin in Ausbildung (Turnus – oder Fachbereich)
- eine bereits approbierte Kollegin

Haben Sie Vorstellungen, welche Förderung Sie anbieten können?

- Unterstützung während des Studiums
 - Unterstützung während des Berufseinstieges
 - Wege in die wissenschaftliche Laufbahn
 - Wege in die Selbständigkeit
 - Sonstiges, und zwar
-
-

Welche Form des Angebotes an eine Mentee können Sie sich vorstellen?

- Kontinuierliche Beratungsgespräche
 - Vermittlung einer Famulatur/ Hospitation
 - Vergabe eines Promotionsthemas sowie Betreuung der Dissertation
 - Vermittlung eines Stipendiums
 - Sonstiges, und zwar
-
-

Einverständniserklärung:

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adresse/Telefonnummer an eine interes-sierte Mentee weitergegeben wird.

Sperrvermerk:

Ich wünsche keine Weitergabe meiner Daten an

.....

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