



Checkliste Zwischengespräch

Version 1.0 **1.3.08**
Anlage 5

Allgemeiner Teil 3

Name der/des Beschäftigten: _____ **Anfang der Einarbeitung:** _____

Name Mentor/in: _____ **Ende der Einarbeitung:** _____

1. Sind Sie gut eingearbeitet? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
2. Werden Sie ausreichend fachlich unterstützt? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
3. Sind die Leitlinien der bekannt? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
4. Sind die Dienstanweisungen bekannt? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
5. Sind die Arbeitsabläufe bekannt? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
6. Bestehen Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen Kliniken? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
7. Bestehen Probleme in der Zusammenarbeit mit anderen MA? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?
8. Ist selbständiges Arbeiten am Arbeitsplatz möglich? ja nein
Besteht weiterer Klärungsbedarf?

Datum:

Unterschrift Mentor

Unterschrift Einuarbeitende/r