



## *Mentoring an der HS Gesundheit*

### Profil Mentees

**Bitte schicken Sie das ausgefüllte und unterschriebene 5-seitige Formular an:**  
[mentoring@hs-gesundheit.de](mailto:mentoring@hs-gesundheit.de)

Bewerbungsschluss ist der 18. Dezember. Das Programm startet im April des darauffolgenden Jahres.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und werden ausschließlich für die Zusammenstellung von Mentoring-Teams genutzt.

#### **I Persönliche Angaben**

Vorname(n)

E-Mail-Adresse

Nachname

Rufnummer (Festnetz oder mobil)

Anschrift

#### **II Angaben zum Studium an der HS Gesundheit**

Studiengang, ggf. Vollzeit oder Teilzeit

In welchem Fachsemester studieren Sie zum Zeitpunkt des Programmstarts (April des kommenden Jahres)?

Semester

Fachliche Schwerpunkte

### **III Berufliche Planung**

Angestrebte Tätigkeit

### **IV Bisherige Praxiserfahrungen**

Welche Kompetenzen konnten Sie bereits erwerben? Welche Kompetenzen sind aus Ihrer Sicht für die angestrebte Tätigkeit noch zu erwerben?

Konnten Sie durch die Praxiserfahrung bereits Netzwerke/ berufliche Kontakte aufbauen? Wie gestalten sich diese?

Üben Sie ein Ehrenamt aus? (Wenn ja, welches?)

nein     ja

### **V Bisherige Mentoring-Erfahrung**

Haben Sie bereits an anderen Mentoring- oder Coaching-Programmen teilgenommen?

nein     ja

Falls ja: Um welches Programm handelte es sich? Was wurde inhaltlich thematisiert?

## VII Organisatorische Fragen

Ich bevorzuge:

eine Mentorin       einen Mentor       egal

Bevorzugen Sie eine\*n Mentor\*in aus einem bestimmten Studien-/ Tätigkeitsbereich?

nein       ja, und zwar

Haben Sie einen konkreten Vorschlag für eine\*n Mentor\*in?

nein       ja, und zwar

Bis zu welcher Entfernung können Sie zu Ihrer Mentorin/ Ihrem Mentor anreisen?

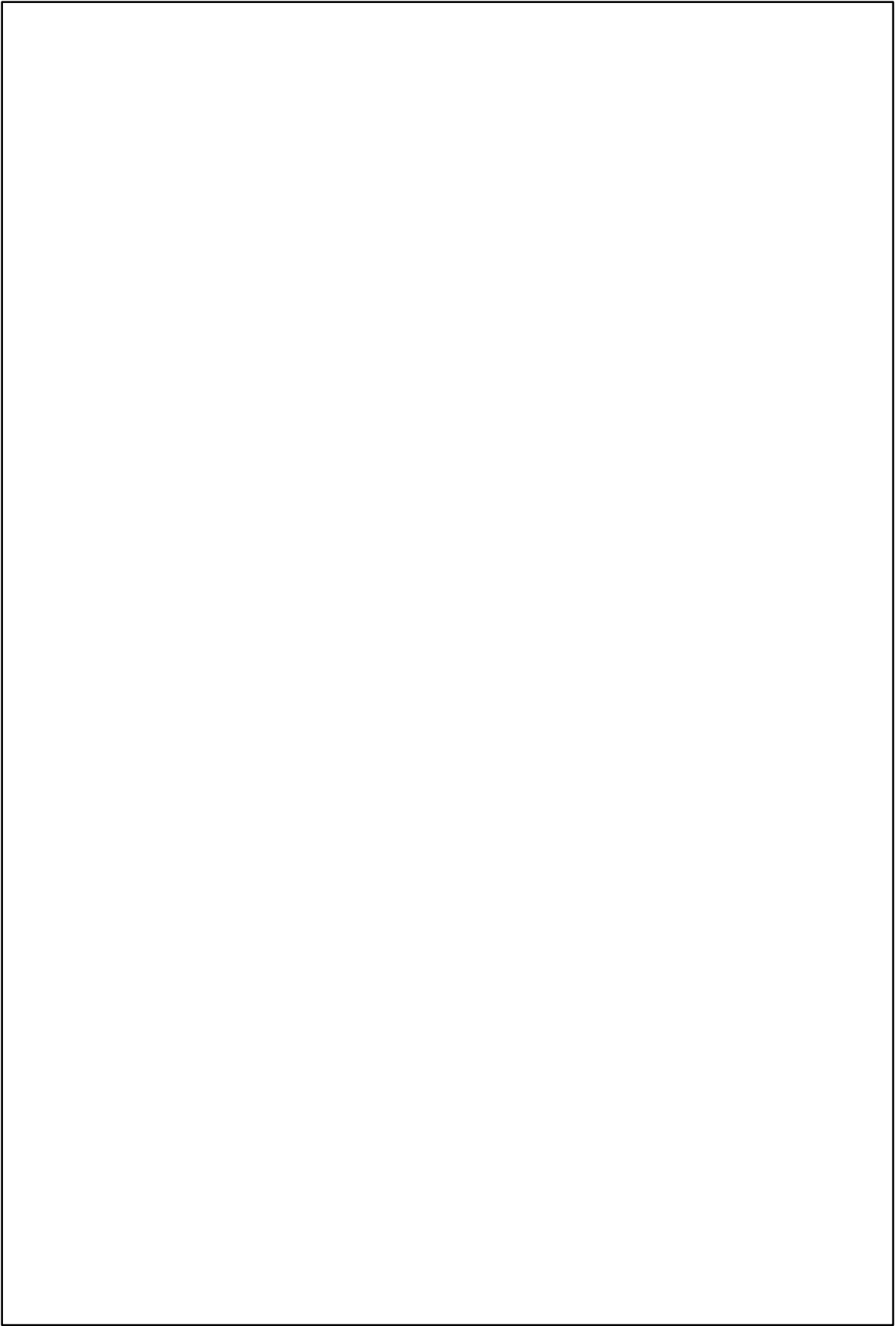
Bis zu                      km

Für welche Themen/ Workshops interessieren Sie sich im Hinblick auf das Rahmenprogramm?

## VIII Angaben zur Motivation

Bitte beantworten Sie auf der folgenden Seite anhand der untenstehenden Leitfragen auf ½ - 1 Seite, warum Sie am Mentoring-Programm der HS Gesundheit teilnehmen möchten.

- Aus welchen Gründen möchten Sie an dem Mentoring-Programm teilnehmen?
- Welche Erwartungen haben Sie an das Mentoring-Programm?
- Welche Erwartungen haben Sie an Ihre\*n zukünftige\*n Mentor\*in?
- Welche Themen interessieren Sie im Rahmen des Mentoring besonders?
- Was möchten Sie aktiv zum Mentoring-Prozess beitragen? Was können Sie bieten?
- Was wollen Sie durch Ihre Teilnahme erreichen?



### **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in die Mentoring-Datenbank zum Zweck der Vermittlung einer Mentorin/eines Mentors aufgenommen werden.

Ort & Datum

Unterschrift