**ANTRAG**

H 2021 **Ausbildungsbeginn: 15.11.2021**

**auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes**

**im Praktischen Jahr zum**

**Herbst 2021 (November 2021)**

*Der Antrag ist ab 10.05.2021 und bis spätestens* ***10.06.2021*** *im Studiendekanat der Fakultät für Medizin,*

*Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.*

**I. Allgemeine Angaben** Matrikelnummer…………………………………………….

Name ……………………………………Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Strasse

PLZ / Ort Tel.

E-Mail:

## Auswahl Ausbildungsorte

Bitte tragen Sie in der folgenden Auflistung Ihre Auswahl für die Pflichttertiale ein:

Kennzeichnen Sie die Reihenfolge Ihres Zuteilungswunsches jeweils mit den Ziffern 1-3 (1 = Erstwunsch).

Im Fach **„Innere Medizin“** Im Fach **„Chirurgie“**

Uni-Klinikum Regensburg

Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Klinikum St. Marien, Amberg

Klinikum Passau

Klinikum Weiden

Goldberg Klinik Kelheim

Krankenhaus Eggenfelden

Klinik Bogen

Kreisklinik Wörth a. d. Donau

Klinikum Cham

Krankenhaus Rotthalmünster

Ich beabsichtige im Rahmen der **PJ-Mobilität** die Ableistung eines od. mehrerer Tertiale an einer anderen deutschen Universität (Angabe der Universität/des Akad. Lehrkrankenhauses und des Faches im Rahmen der PJ-Mobilität!):

\*Geplante Tertiale im Rahmen der PJ-Mobilität müssen angemeldet werden, da ansonsten die notwendige Zustimmung/Bestätigung nicht erteilt wird!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tertial | PJ-Mob.: Name der Universität/des Akad. Lehrkrankenhauses | geplantes Fach im Rahmen der PJ-Mobilität |
| **I** |  |  |
| **II** |  |  |
| **III** |  |  |

Ich beabsichtige folgende(n) Abschnitt(e) im **Ausland** (ohne Anmeldung erfolgt keine Genehmigung!) abzuleisten:

Fach: **Innere Medizin** Land:

Tertial: ………. Zeitraum: vom bis zum

Fach: **Chirurgie** Land:

Tertial: …….… Zeitraum: vom bis zum

**Wahltertial**: Land:

Tertial: ………. Zeitraum: vom bis zum

Bitte tragen Sie in der folgenden Auflistung Ihre Auswahl für das Wahltertial ein. Geben Sie dabei die Reihenfolge Ihres Zuteilungswunsches mit der lfd. Nr. 1 - 2 (1 = Erstwunsch 2 = Zweitwunsch) an:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Im Wahlfach** | | **UK** | **BB/ StH** | **StJ** | **BK** | **BAB** | **PA** | **AM** | **WEN** | **KEH** | **EGG** | **Neu-**  **burg/**  **Do.** | **Cham** | **Praxis** |
| **Allgemeinmedizin (Ausland nicht möglich!)** | | Name und Ort der Praxis: ……….…………………………………… ……… | | | | | | | | | | | | |
| **Anästhesiologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Augenheilkunde** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dermatologie und Venerologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Herz-Thorax-Chirurgie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Humangenetik** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kinderheilkunde** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kinder- und Jugendpsychiatrie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Laboratoriums- und Transfusionsmedizin** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Medizinische Mikrobiologie und Hygiene** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Neurochirurgie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Neurologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Neuropathologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nuklearmedizin** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Orthopädie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pathologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Plastische Chirurgie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Psychiatrie und Psychotherapie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rechtsmedizin** | | FAU Erlangen | | | | | | | | | | | | |
| **Röntgendiagnostik** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Strahlentherapie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Urologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | UK = Uni-Klinikum Regensburg; BB/StH = Barmherzige Brüder/St. Hedwig Klinik, Regensburg; StJ = St. Josef Klinik, Regensburg; BK = Bezirksklinikum Regensburg; BAB = Rheuma- und Orthopädiezentrum, Bad Abbach; PA = Klinikum Passau; AM = Klinikum St. Marien, Amberg; WEN = Klinikum Weiden; KEH = Goldbergklinik Kelheim; EGG = Krankenhaus Eggenfelden; Neuburg/Do. Kliniken St. Elisabeth; Cham = Sana-Kliniken Cham; PJ Tertiale Allgemeinmedizin in PJ-Lehrpraxen (Übersicht sh. Homepage!) | | | | | | | | | | | | | |

**Mit der Weitergabe meiner Daten an die PJ-Klinik(en) bin ich einverstanden.**

Ort, Datum Unterschrift