

e-H2022

## ANTRAG PJ Mobilität

Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr  
für Studierende anderer deutschen Universitäten  
PJ-Beginn: Herbst 2022 (November 2022)

Der Antrag ist vom 06. Juni 2022 und spätestens bis zum 10. Juni 2022 im Dekanat der Fakultät für Medizin, Studiendekanat, Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.

Name ..... Vorname .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort .....

Strasse .....

PLZ / Ort ..... Tel. .....

E-Mail: ..... PJ Beginn (Starttermin): .....

Heimatuniversität: .....

Ich bewerbe mich zur Aufnahme in das

- I: erste Tertiäl (21.11.2022 bis 12.03.2023)
- II: zweite Tertiäl (13.03.2023 bis 02.07.2023)
- III: dritte Tertiäl (03.07.2023 bis 22.10.2023)

**Bitte tragen Sie in den folgenden Auflistungen Ihren Zuteilungswunsch (Tertiäl I, II oder III) ein.  
Ggf. auch Zweit- oder Drittunsch für das gleiche Tertiäl und Fach (z. B. 1 für Erstwunsch Innere Medizin Klinik Bogen, 2 für Zweitwunsch Innere Medizin Klinikum Weiden, 3 für Drittunsch Innere Medizin Klinikum Passau)**

	Im Fach „Innere Medizin“	Im Fach „Chirurgie“
Uni-Klinikum Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus St. Josef, Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum St. Marien, Amberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Passau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Weiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goldberg Klinik Kelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus Eggenfelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik Bogen	<input type="checkbox"/>	
Kreisklinik Wörth a. d. Donau	<input type="checkbox"/>	
Klinikum Cham	<input type="checkbox"/>	
Krankenhaus Rotthalmünster		<input type="checkbox"/>
KJF Klinik St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	

<p><b>Beachten Sie, dass das gewählte Wahlfach an der Heimatuniversität ebenfalls vorhanden sein muss, damit das Staatsexamen später regulär durchlaufen werden kann!</b></p>											

<p><b>Bitte tragen Sie in den folgenden Auflistungen Ihren Zuteilungswunsch mit Angabe des Tertials ein. (Bei eventueller Angabe von Erst- und Zweitwunsch bitte neben der Angabe des Tertials Erst- bzw. Zweitwunsch vermerken!)</b></p>											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wahlterial Im Fach	UK	BB/ StH	StJ	BK	BAB	PA	AM	WEN	KEH	EGG	Neu- burg/ Do.	Cham
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>											
Dermatologie und Venerologie	<input type="checkbox"/>											
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	<input type="checkbox"/>											
Herz-Thorax-Chirurgie	<input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>
Humangenetik	<input type="checkbox"/>											
Kinderheilkunde		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Kinder- und Jugendpsychiatrie				<input type="checkbox"/>								
Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	<input type="checkbox"/>											
Medizinische Mikrobiologie und Hygiene	<input type="checkbox"/>											
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	<input type="checkbox"/>											
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
Neurologie				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Neuropathologie	<input type="checkbox"/>											
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>											
Orthopädie					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pathologie	<input type="checkbox"/>											
Plastische Chirurgie			<input type="checkbox"/>									
Psychiatrie und Psychotherapie				<input type="checkbox"/>								
Rechtsmedizin								FAU Erlangen	<input type="checkbox"/>			
Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>											
Urologie				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

UK = Uni-Klinikum Regensburg; BB/StH = Barmherziges Brüder/St. Hedwig Klinik, Regensburg; StJ = KHS St. Josef, Regensburg; BK = Bezirksklinikum Regensburg; BAB = Asklepios Klinikum Bad Abbach; PA = Klinikum Passau; AM = Klinikum St. Marien, Amberg; WEN = Klinikum Weiden; KEH = Goldbergklinik Kelheim; EGG = Krankenhaus Eggenfelden; Neuburg/Do. KJF Klinik St. Elisabeth, Cham = Sana-Kliniken Cham

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

Ort, Datum	Unterschrift
<p>Erforderliche beizufügende Unterlagen (*Nachweis über PJ-Untersuchung und PJ-Reife können nachgereicht werden):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Nachweis über betriebsärztliche PJ-Untersuchung sowie Nachweise Masernschutz u. Coronaimpfstatus</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Nachweis über PJ-Reife (Zeugniskopie Staatsexamen)</li> </ul>	