



ANTRAG PJ Mobilität

Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr
für Studierende anderer deutscher Universitäten
PJ-Beginn: Frühjahr 2023 (Mai 2023)

Der Antrag ist vom 09. Januar 2023 und spätestens bis zum 13. Januar 2023 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 Tertial (22.05.2023 bis 10.09.2023)
- II: zweite Tertial (11.09.2023 bis 31.12.2023)
- III: dritte Tertial (01.01.2024 bis 21.04.2024)

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

	Im Fach „Innere Medizin“	Im Fach „Chirurgie“
Uni-Klinikum Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caritas-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"/>
Caritas-Krankenhaus St. Lukas, 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 Rothalmünster		<input type="checkbox"/>
KJF Klinik St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	

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

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!)

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"/>	<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"/>											
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 = Caritas-KHS St. Josef, Regensburg; BK = Bezirksklinikum Regensburg; BAB = Asklepios Klinikum Bad Abbach; PA = Klinikum Passau; AM = Klinikum St. Marien, Amberg; WEN = Klinikum Weiden; KEH = Caritas-KHS St. Lukas 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

Erforderliche beizufügende Unterlagen (*Nachweis über PJ-Untersuchung und PJ-Reife können nachgereicht werden):
 ☞ Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
 ☞ Nachweis über betriebsärztliche PJ-Untersuchung sowie Nachweise Masernschutz u. Coronaimpfstatus
 ☞ Nachweis über PJ-Reife (Zeugnis Kopie Staatsexamen)