



**e-F 2026**

Ausbildungsbeginn:  
**18.05.2026**

**ANTRAG**  
**auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes**  
**im Praktischen Jahr zum**  
**Frühjahr 2026**

*Der Antrag ist vom 05. Januar 2026 und spätestens bis zum 09. Januar 2026 im Dekanat der Fakultät für Medizin, Studiendekanat, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.*

**I. Allgemeine Angaben**

Heimat-Uni.....

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

Geburtsdatum .....

Strasse .....

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

E-Mail: .....

Ich bewerbe mich zur Aufnahme in das

	<b>Tertialzeiten</b>	<b>Frühjahrsturnus 2026</b>
<input type="checkbox"/> <b>I:</b> erste Tertial	<b>1. Tertial</b>	18.05.2026 - 06.09.2026
<input type="checkbox"/> <b>II:</b> zweite Tertial	<b>2. Tertial</b>	07.09.2026 - 27.12.2026
<input type="checkbox"/> <b>III:</b> dritte Tertial	<b>3. Tertial</b>	28.12.2026 - 18.04.2027

**II. Auswahl Ausbildungsorte INN und CHIR**

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**“

Universitätsklinikum 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"/>
Donau-Isar-Klinikum Deggendorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Passau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Weiden	<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"/>
Ameo Klinikum St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	
Caritas-Krankenhaus St. Lukas, Kelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **III. Hinweis zur PJ Mobilität**

Wenn Sie sich bei uns für ein Wahlfach bewerben, beachten Sie bitte, dass das gewählte Wahlfach an Ihrer Heimatinstitution ebenfalls vorhanden sein muss, damit das Staatsexamen an Ihrer Heimat-Universität später regulär durchlaufen werden kann!

### **IV. Erklärung zur PJ Mobilität**

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

Im Wahlfach	UKR	BB/ StH	StJ	BKR	BKM	BAB	PA	AM	DEG	WEN	EG	ND	CHA	KEH	
Anästhesiologie	<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"/>	<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"/>		<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>										
Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>					

<sup>1</sup> Psychiatrie und Psychosomatische Medizin

**V.****Schlußerklärung**

- Mit der Weitergabe meiner Daten an die PJ-Klinik(en) bin ich einverstanden.
- Die erforderlichen beizufügenden Unterlagen (\*Nachweis über PJ-Untersuchung und PJ-Reife können nachgereicht werden) füge ich bei:
- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
  - Nachweis über betriebsärztliche PJ-Untersuchung
  - Nachweis Masernschutz
  - Nachweis über PJ-Reife (Zeugniskopie Staatsexamen)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift