



ANTRAG PJ Mobilität

Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr
für Studierende anderer deutscher Universitäten
PJ-Beginn: Herbst 2020 (November 2020)

Der Antrag ist vom 08. Juni 2020 und spätestens bis zum 12. Juni 2020 im Dekanat der Fakultät für Medizin, Studiendekanat, Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.

Name Vorname.....

Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Strasse

PLZ / Ort Tel.

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

Heimatuniversität:.....

Ich bewerbe mich zur Aufnahme in das

- I: erste Tertial (16.11.2020 bis 07.03.2021) Tertialbeginn Heimatuni:
- II: zweite Tertial (08.03.2021 bis 27.06.2021) Tertialbeginn Heimatuni:
- III: dritte Tertial (28.06.2021 bis 17.10.2021) Tertialbeginn Heimatuni:

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"/>
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"/>	

WICHTIGER HINWEIS:

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!)

Wahltertil Im Fach	UK	BB/ StH	StJ	BK	BAB	PA	AM	WEN	KEH	EGG	Neu- burg/ Do.
Anästhesiologie	<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"/>							
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 = 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

Mit der Weitergabe meiner Daten an meine 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
 Nachweis über PJ-Reife (Zeugnis Kopie Staatsexamen)