



Universität Regensburg

FAKULTÄT FÜR MEDIZIN



ANTRAG

auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes
im Praktischen Jahr zum
Frühjahr 2021 (Mai 2021)

Der Antrag ist ab 30.11.2020 und bis spätestens **10.01.2021** im Studiendekanat der Fakultät für Medizin,
Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.

I. Allgemeine Angaben

Matrikelnummer

Name Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Strasse

PLZ / Ort Tel.

E-Mail:

II. 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	☐	

☐ 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.	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				☐								
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; PJ Tertiäre Allgemeinmedizin in PJ-Lehrpraxen (Übersicht sh. Homepage!)

☒ = Anästhesiologie in Passau derzeit nicht möglich!

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

*= Zutreffendes bitte ankreuzen.