**ANTRAG**

F 2021 **Ausbildungsbeginn: 17.05.2021**

**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.*

## Allgemeine Angaben

Matrikelnummer …………………………………………….

Name Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Strasse

PLZ / Ort Tel.

E-Mail:

## 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 Tertiale 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