**ANTRAG**

H 2025 **Ausbildungsbeginn: 17.11.2025**

**auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes**

**im Praktischen Jahr zum**

**Herbst 2025 (November 2025)**

*Der Antrag ist ab 05.05.2025 und bis spätestens* ***10.06.2025*** *im Studiendekanat einzureichen.*

**I. Allgemeine Angaben** Matrikelnummer…………………………………………….

Name ……………………………………Vorname

Geburtsdatum

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“**

Universitätsklinikum Regensburg

Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg

Klinikum St. Marien, Amberg

Klinikum Passau

Klinikum Weiden

Krankenhaus Eggenfelden

Klinik Bogen

Kreisklinik Wörth a. d. Donau

Klinikum Cham

Krankenhaus Rotthalmünster

Ameo Klinikum St. Elisabeth Neuburg/Do.

Caritas-Krankenhaus St. Lukas, Kelheim

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** | | **UKR** | **BB/ StH** | **StJ** | **BK** | **BAB** | **PA** | **AM** | **WEN** | **EGG** | **Neu-**  **burg/**  **Do.** | | **Cham** | | **KEH** | | **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** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |
| **Rechtsmedizin** | | FAU Erlangen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Röntgendiagnostik** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
| **Strahlentherapie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
| **Urologie** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |
|  | UK = Uni-Klinikum Regensburg; BB/StH = Barmherzige 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; EGG = Krankenhaus Eggenfelden; Neuburg/Do. KJF Klinik St. Elisabeth; Cham = Sana-Kliniken Cham; KEH = Caritas KHS St. Lukas Kelheim; PJ Tertiale Allgemeinmedizin in PJ-Lehrpraxen (Übersicht sh. Homepage!) | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Ort, Datum Unterschrift