



Universität Regensburg

Universität Regensburg – 93053 Regensburg - Universitätsstr. 31 -
Briefanschrift: 93040 Regensburg – Tel. 0941/943-2376

Antrag auf Zuteilung eines Studienplatzes zur Praktischen Ausbildung (Praktisches Jahr)
im Studiengang Humanmedizin

Wintersemester _____ / _____

Sommersemester _____

Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum Geschlecht Staatsangehörigkeit

Straße u. Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer Landkreis bzw. kreisfreie Stadt

Angaben zum bisherigen Studium

Studienzeiten	Semesterzahl	Art u. Ort der Hochschule	Fachstudium
vom WS/SS ____/____ bis WS/SS ____/____			
vom WS/SS ____/____ bis WS/SS ____/____			
vom WS/SS ____/____ bis WS/SS ____/____			
vom WS/SS ____/____ bis WS/SS ____/____			
vom WS/SS ____/____ bis WS/SS ____/____			

ANTRAG

auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr zum Frühjahr/Herbst 20__ (Mai 20__/November 20__)

Allgemeine Angaben

Matrikelnummer

NameVorname.....

Geburtsdatum Geburtsort

Strasse

PLZ / Ort Tel.

E-Mail:

I. 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	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Kreisklinik Wörth a. d. Donau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinikum Cham	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus Rothalmünster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KFJ Klinik St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beabsichtige die Ableistung eines od. mehrerer Tertiale an einer anderen deutschen Universität (mit Angabe des Akad. Lehrkrankenhauses (ALK) und des Faches):

Tertial	Name der Universität und des Akad. Lehrkrankenhauses	Fach
I		
II		
III		

*= Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich beabsichtige folgende(n) Abschnitt(e) im **Ausland** (ohne Anmeldung keine Genehmigung) abzuleisten:

Fach: **Innere Medizin** Land:
 Zeitraum: vom bis zum

Fach: **Chirurgie** Land:
 Zeitraum: vom bis zum

Wahltertial: Land:
 Zeitraum: vom bis zum

Bitte tragen Sie in der folgenden Auflistung Ihre Auswahl für die Pflichttertiale und das Wahltertial ein. Geben Sie dabei die Reihenfolge Ihres Zuteilungswunsches mit der lfd. Nr. 1 - 2 (1 = Erstwunsch) an:

Im Wahlfach	UK	BB/ StH	StJ	BK	BAB	PA	AM	WEN	KEH	EGG	Neubu rg/Do.	Cham	Praxis
Allgemeinmedizin (Ausland nicht möglich!)			Name und Ort der Praxis: <input type="checkbox"/>										
Anästhesiologie	<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"/>									
Rechtsmedizin			<input type="checkbox"/> FAU Erlangen										
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 = Barmherzige Brüder/St. Hedwig Klinik, Regensburg; StJ = St. Josef Klinik, Regensburg; BK = Bezirksklinikum Regensburg; BAB = Asklepios Klinikum Bad Abbach; PA = Klinikum Passau; AM = Klinikum St. Marien, Amberg; WEN = Klinikum Weiden; KEH = Goldbergklinik Kelheim; EGG = Krankenhaus Eggenfelden; Neuburg/Do. KFJ Klinik St. Elisabeth; Cham = Sana-Kliniken Cham; PJ Tertiale Allgemeinmedizin PJ-Lehrpraxen (Übersicht sh. Homepage)

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

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift

*= Zutreffendes bitte ankreuzen.

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

Abiturzeugnis in einfacher Kopie
Zeugnis über die ärztliche Vorprüfung
Bestätigung über die PJ-Reife
Immatrikulationsbescheinigung des laufenden Semesters

Weitere Hinweise:

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Blockschrift aus. Der Antrag ist persönlich zu unterschreiben. Ohne Unterschrift ist der Zulassungsantrag ungültig.

Beachten Sie bitte auch die Bewerbungsfrist. Bewerbungsschluss (Ausschlussfrist) ist der 15. Juli für das Wintersemester und der 15. Januar für das Sommersemester. Ihr Antrag muss bis zum angegebenen Termin der Universität Regensburg, 93040 Regensburg, vorliegen. Verspätet eingegangene, unvollständige oder nicht der vorgeschriebenen Form entsprechende Anträge sind vom Auswahlverfahren ausgeschlossen. Abweichen von den Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches verlängert sich diese Frist nicht bis zum Ablauf des nächstfolgenden Werktages (Art. 31 Abs. 3 Satz 2 BayVwVfG). Eine Eingangsbestätigung erfolgt nur dann, wenn Sie eine mit Ihrer Anschrift versehene Postkarte beilegen. Telefonische Anfragen über den Eingang Ihrer Bewerbung können nicht beantwortet werden.

Der Versand der Bescheide erfolgt zum Wintersemester voraussichtlich im September, zum Sommersemester voraussichtlich im Februar. Wenn Sie einen Studienplatz erhalten, so müssen Sie sich innerhalb der im Bescheid angegebenen Frist persönlich einschreiben. Versäumen Sie die Frist, ist die Zulassung unwirksam.