



Universität Regensburg

FAKULTÄT FÜR MEDIZIN

F 2025
Ausbildungsbeginn: <b>19.05.2025</b>

**ANTRAG**  
auf Zuteilung eines Ausbildungsplatzes  
im Praktischen Jahr zum  
Frühjahr 2025 (Mai 2025)

*Der Antrag ist ab 02.12.2024 und bis spätestens **10.01.2025** im Studiendekanat einzureichen.*

**I. Allgemeine Angaben**

Matrikelnummer.....

Name .....Vorname.....

Geburtsdatum .....

Strasse .....

PLZ / Ort ..... Tel. ....

E-Mail: .....

**I. Auswahl Ausbildungsorte**

Bitte tragen Sie in der folgenden Auflistung Ihre Auswahl für die Pflichtteriale ein:

Kennzeichnen Sie die Reihenfolge Ihres Zuteilungswunsches jeweils mit den Ziffern 1-3 (1 = Erstwunsch).

	Im Fach „Innere Medizin“	Im Fach „Chirurgie“
Universitätsklinikum Regensburg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caritas-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"/>
Krankenhaus Eggenfelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik Bogen	<input type="checkbox"/>	
Kreisklinik Wörth a. d. Donau	<input type="checkbox"/>	
Klinikum Cham	<input type="checkbox"/>	
Krankenhaus Rothalmünster		<input type="checkbox"/>
Ameo Klinikum St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	
Caritas-Krankenhaus St. Lukas, Kelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<b>I</b>		
<b>II</b>		
<b>III</b>		

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: ..... <input type="checkbox"/>												
Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>					
<small>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 Tertiäre Allgemeinmedizin in PJ-Lehrpraxen (Übersicht sh. Homepage!)</small>													

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

\*= Zutreffendes bitte ankreuzen.