



# ANTRAG PJ Mobilität

Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr  
für Studierende anderer deutscher Universitäten  
PJ-Beginn: Frühjahr 2025 (Mai 2025)

Der Antrag ist vom 06. Januar 2025 und spätestens bis zum 10. Januar 2025 im Dekanat der Fakultät für Medizin, Studiendekanat, Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg einzureichen.

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

Geburtsdatum .....

Strasse .....

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

E-Mail: ..... PJ Beginn (Starttermin):.....

Heimatuniversität:.....

Ich bewerbe mich zur Aufnahme in das

- I: erste Tertial (19.05.2025 bis 07.09.2025)
- II: zweite Tertial (08.09.2025 bis 28.12.2025)
- III: dritte Tertial (29.12.2025 bis 19.04.2026)

**Bitte tragen Sie in den folgenden Auflistungen Ihren Zuteilungswunsch (Tertial I, II oder III) ein. Ggf. auch Zweit- oder Drittwunsch für das gleiche Tertial und Fach (z. B. 1 für Erstwunsch Innere Medizin Klinik Bogen, 2 für Zweitwunsch Innere Medizin Klinikum Weiden, 3 für Drittwunsch Innere Medizin Klinikum Passau)**

	Im Fach „Innere Medizin“	Im Fach „Chirurgie“
Uni-Klinikum 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 Rotthalmünster		<input type="checkbox"/>
AMEO Klinikum St. Elisabeth Neuburg/Do.	<input type="checkbox"/>	
Caritas-Krankenhaus St. Lukas, Kelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Beachten Sie, dass das gewählte Wahlfach an der Heimatuniversität ebenfalls vorhanden sein muss, damit das Staatsexamen später regulär durchlaufen werden kann!**

**Bitte tragen Sie in den folgenden Auflistungen Ihren Zuteilungswunsch mit Angabe des Tertials ein. (Bei eventueller Angabe von Erst- und Zweitwunsch bitte neben der Angabe des Tertials Erst- bzw. Zweitwunsch vermerken!)**

Wahlterial Im Fach	UKR	BB/ StH	StJ	BK	BAB	PA	AM	WEN	EGG	KEH	Neu- burg/ Do.	Cham
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"/>				

UK = Uni-Klinikum Regensburg; BB/StH = Barmherziges 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

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Erforderliche beizufügende Unterlagen (\*Nachweis über PJ-Untersuchung und PJ-Reife können nachgereicht werden):

- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- Nachweis über betriebsärztliche PJ-Untersuchung sowie Nachweis Masernschutz
- Nachweis über PJ-Reife (Zeugniskopie Staatsexamen)