



ANTRAG PJ Mobilität

Zuteilung eines Ausbildungsplatzes im Praktischen Jahr
für Studierende anderer deutscher Universitäten
PJ-Beginn: Herbst 2024 (November 2024)

Der Antrag ist vom 03. Juni 2024 und spätestens bis zum 07. Juni 2024 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 (18.11.2024 bis 09.03.2025)
- II: zweite Tertial (10.03.2025 bis 29.06.2025)
- III: dritte Tertial (30.06.2025 bis 19.10.2025)

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"/>

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"/>				
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"/>								
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)