

Halbes PJ-Tertial an einer europäischen Partneruniversität

Mit dieser Zusammenstellung wollen wir Ihnen helfen, die Bewerbung schnell, übersichtlich und komplett zu erstellen. Bitte nutzen Sie die PDF-Formulare zum Ausfüllen der angehängten Dokumente. Diese können Sie speichern (empfohlen!) und ausdrucken.

Bitte beachten Sie die folgende Checkliste zur Vervollständigung der Bewerbung. Nicht vollständige Bewerbungen werden nicht angenommen. Sprachnachweise können nachgereicht werden, falls das Niveau zum Bewerbungszeitpunkt nicht ausreicht, oder die Bescheinigung noch nicht vorliegt.

WICHTIG: Informationen über zusätzlich notwendige Dokumente (Sprachnachweise, Transcript of Records, Letter of Recommendation etc.) müssen eigenständig auf der Homepage der Partneruniversität eingeholt werden. Die Pfade sind international ähnlich:



Etwaige Dokumente können per Mail unter Angabe des Zielortes, Namen und Matrikelnummer bei Fernando Cuevas beantragt werden: fernando.cuevas-alvarado@uk-koeln.de

Wenn Ihre Bewerbung abgegeben wurde, ist Ihr Job zunächst einmal erledigt. Bei Problemen oder Rückfragen wenden wir uns an Sie und stehen Ihnen selbstverständlich ebenso zur Verfügung. Sobald Sie eine Bestätigungen o.Ä. von der Partneruniversität erhalten, bitten wir Sie, uns diese weiterzuleiten, damit wir immer über Ihren Bewerbungsstatus informiert sind. Wir schicken Ihnen wenige Monate vor dem Beginn des Aufenthalts eine wichtige E-Mail mit den ERASMUS-Förderunterlagen und allen weiteren Informationen zu.

Bewerbungsunterlagen	PJ in der EU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personalia Bogen	<input type="checkbox"/> Bewerbungsschreiben auf der Sprache des Gastlandes, gerichtet an den Koordinator des International Office
<input type="checkbox"/> Bewerbungsschreiben auf Deutsch an das ZIB Med	<input type="checkbox"/> Lebenslauf auf der Sprache des Gastlandes
<input type="checkbox"/> Lebenslauf auf Deutsch	<input type="checkbox"/> Learning Agreement for Traineeships (SMP)
<input type="checkbox"/> Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> PJ Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Physikumszeugnis in Kopie und Original mitbringen	<input type="checkbox"/> Splittingantrag
<input type="checkbox"/> 2 Passfotos	<input type="checkbox"/> eventuell: Sprachnachweis
<input type="checkbox"/> 20 Euro als Pfand für Erfahrungsbericht ¹	<input type="checkbox"/> Habe mich über weitere Dokumente auf der Homepage der Partneruniversität informiert und angefügt:
	<input type="checkbox"/> _____

Hier Foto
draufkleben

Stadt

Studienbescheini-
gung anfügen

Name der Gasthochschule

Name	Vorname	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	Geburtort	Geschlecht

Staatsangehörigkeit	Postanschrift	Emailadresse

Telefon	IBAN	Bank

PJ oder Studienaufenthalt	Beginn des Aufenthalts (tt.mm.jjjj)	Ende des Aufenthaltes (tt.mm.jjjj)	Semesteranzahl zu Beginn des Aufenthaltes	Matrikelnr.

Vorbereitender
Sprachkurs in
Köln

Zusätzliche Dokumente der
Gasthochschule beigelegt

PJ-Fach

Kommentar /
evtl.
Ersatzwunsch

Anlagen (Angaben
ZiBMed)

Datum, Kürzel
(Angaben ZiBMed)



Pfandquittung über einen Betrag i.H.v. 20,-- Euro

Der/die Studierende

hat einen Pfand von 20,--Euro für die Abgabe

- eines Erfahrungsberichtes (schriftlich und elektronisch, 3 bis 5-seitig)
- einer PJ-Bescheinigung

nach Beendigung seines/ihres Auslandsstudienaufenthaltes

vom _____ bis zum _____ an unserer Partneruniversität in

hinterlegt. Er/Sie wird diesen Pfand nach Abgabe der oben angekreuzten Unterlagen beim Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (ZIB Med) umgehend zurück erhalten.



Köln, den

Betrag zurück erhalten.

Datum:

Unterschrift des Studierenden:

Team Outgoings
Zentrum für Internationale Beziehungen
Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 98453 oder 0221 478 5570
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de



Trainee	Last name(s)	First name(s)	Date of birth	Nationality ¹	Sex [M/F]	Study cycle ²	Field of education ³
						second (Staatsexamen)	0912: Medicine (12.1, 12.2 - 721)
Sending Institution	Name	Faculty/ Department	Erasmus code ⁴ (if applicable)	Address	Country	Contact person name ⁵ ; email; phone	
	Universität zu Köln	Medicine	D KOLN01	Albertus-Magnus-Platz, D-50923 Köln	Germany	Frau Dr. Christiane Schrader-Wille Zibmed@uk-koeln.de +49 221 478 98453	
Receiving Organisation /Enterprise	Name	Department	Address; website	Country	Size	Contact person ⁶ name; position; e-mail; phone	Mentor ⁷ name; position; e-mail; phone
		Medicine			<input type="checkbox"/> < 250 employees <input type="checkbox"/> > 250 employees		

Before the mobility

Table A - Traineeship Programme at the Receiving Organisation/Enterprise

Planned period of the mobility: from

Traineeship title: final year medical elective practical training	Number of working hours per week: 40 (including theoretical lesson and home study)
Detailed programme of the traineeship: Completion of a <i>final-year medical student elective</i> under the supervision of experienced medical staff to acquire the subject r and competences in the subject of	
Knowledge, skills and competences to be acquired by the end of the traineeship (expected Learning Outcomes): Under supervision of experienced medical staff the student elective should learn to work independently as a physician. The skills and competences to be acquired should include: <ul style="list-style-type: none"> • anamnesis and physical examination of patients • knowledge about different diagnostic and therapeutical options and individual treatment planning • interdisciplinary care of patients and their relatives including psychosocial aspects • organizational patient management in a hospital • the medical documentation of each patient including the progress of disease and therapy emergency care: recognizing of frequent diseases and acute life threatening situations and their immediate and adequate therapy	
Tasks of the trainee: <ul style="list-style-type: none"> • the student elective should be assigned a certain amount of patients by the experienced medical staff and be responsible for the medical patient care • the student elective should be continuously supervised and guided by the experienced medical staff • the student elective should be integrated into clinical workflows and into the information systems these utilize • the tasks of the student elective should include, among others: <ul style="list-style-type: none"> ◦ admission of patients with anamnesis and physical examination discussion of the findings with the supervising physician, making	
Evaluation plan: On completion of the clinical elective the organisation will issue a certificate to the student, what is conform to the German requirements.	
The level of language competence⁸ in german [indicate here the main language of work] that the trainee already has or agrees to acquire by the start of the mobility period is: A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> Native speaker <input type="checkbox"/>	

Table B - Sending Institution

Please use only one of the following three boxes:⁹1. The traineeship is **embedded in the curriculum** and upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award no ECTS credits	Give a grade based on: Traineeship certificate <input checked="" type="checkbox"/> Final report <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/>
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records and Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

2. The traineeship is **voluntary** and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits:
Give a grade: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	If yes, please indicate if this will be based on: Traineeship certificate <input type="checkbox"/> Final report <input type="checkbox"/> Interview <input type="checkbox"/>
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records: Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Record the traineeship in the trainee's Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

3. The traineeship is carried out by a **recent graduate** and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits:
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document (*highly recommended*): Yes No

Accident insurance for the trainee

The Sending Institution will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Receiving Organisation/Enterprise):
Yes No

The accident insurance covers:

- accidents during travels made for work purposes: Yes No
- accidents on the way to work and back from work: Yes No

The Sending Institution will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Receiving Organisation/Enterprise): Yes No

Table C - Receiving Organisation/Enterprise

The Receiving Organisation/Enterprise will provide financial support to the trainee for the traineeship: Yes No If yes, amount (EUR/month):

The Receiving Organisation/Enterprise will provide a contribution in kind to the trainee for the traineeship: Yes No
If yes, please specify:

The Receiving Organisation/Enterprise will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes No

The accident insurance covers:

- accidents during travels made for work purposes: Yes No
- accidents on the way to work and back from work: Yes No

The Receiving Organisation/Enterprise will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution):
Yes No

The Receiving Organisation/Enterprise will provide appropriate support and equipment to the trainee.

Upon completion of the traineeship, the Organisation/Enterprise undertakes to issue a Traineeship Certificate within 5 weeks after the end of the traineeship.

By signing this document, the trainee, the Sending Institution and the Receiving Organisation/Enterprise confirm that they approve the Learning Agreement and that they will comply with all the arrangements agreed by all parties. The trainee and Receiving Organisation/Enterprise will communicate to the Sending Institution any problem or changes regarding the traineeship period. The Sending Institution and the trainee should also commit to what is set out in the Erasmus+ grant agreement. The institution undertakes to respect all the principles of the Erasmus Charter for Higher Education relating to traineeships (or the principles agreed in the partnership agreement for institutions located in Partner Countries).

Commitment	Name	Email	Position	Date	Signature
Trainee			<i>Trainee</i>		
Responsible person ¹⁰ at the Sending Institution	Dr. Benjamin Köckemann	benjamin.koeckemann@uk-koeln.de	Head of ZIBMed		
Supervisor ¹¹ at the Receiving Organisation					

-
- ¹ **Nationality:** Country to which the person belongs administratively and that issues the ID card and/or passport.
- ² **Study cycle:** Short cycle (EQF level 5) / Bachelor or equivalent first cycle (EQF level 6) / Master or equivalent second cycle (EQF level 7) / Doctorate or equivalent third cycle (EQF level 8).
- ³ **Field of education:** The [ISCED-F 2013 search tool](http://ec.europa.eu/education/tools/isced-f_en.htm) available at http://ec.europa.eu/education/tools/isced-f_en.htm should be used to find the ISCED 2013 detailed field of education and training that is closest to the subject of the degree to be awarded to the trainee by the sending institution.
- ⁴ **Erasmus code:** a unique identifier that every higher education institution that has been awarded with the Erasmus Charter for Higher Education (ECHE) receives. It is only applicable to higher education institutions located in Programme Countries.
- ⁵ **Contact person at the sending institution:** a person who provides a link for administrative information and who, depending on the structure of the higher education institution, may be the departmental coordinator or will work at the international relations office or equivalent body within the institution.
- ⁶ **Contact person at the Receiving Organisation:** a person who can provide administrative information within the framework of Erasmus+ traineeships.
- ⁷ **Mentor:** the role of the mentor is to provide support, encouragement and information to the trainee on the life and experience relative to the enterprise (culture of the enterprise, informal codes and conducts, etc.). Normally, the mentor should be a different person than the supervisor.
- ⁸ **Level of language competence:** a description of the European Language Levels (CEFR) is available at: <https://europass.cedefop.europa.eu/en/resources/european-language-levels-cefr>
- ⁹ **There are three different provisions for traineeships:**
1. Traineeships embedded in the curriculum (counting towards the degree);
 2. Voluntary traineeships (not obligatory for the degree);
 3. Traineeships for recent graduates.
- ¹⁰ **Responsible person at the sending institution:** this person is responsible for signing the Learning Agreement, amending it if needed and recognising the credits and associated learning outcomes on behalf of the responsible academic body as set out in the Learning Agreement. The name and email of the Responsible person must be filled in only in case it differs from that of the Contact person mentioned at the top of the document.
- ¹¹ **Supervisor at the Receiving Organisation:** this person is responsible for signing the Learning Agreement, amending it if needed, supervising the trainee during the traineeship and signing the Traineeship Certificate. The name and email of the Supervisor must be filled in only in case it differs from that of the Contact person mentioned at the top of the document.

After the Mobility

<i>Table D - Traineeship Certificate by the Receiving Organisation/Enterprise</i>
Name of the trainee:
Name of the Receiving Organisation/Enterprise:
Sector of the Receiving Organisation/Enterprise:
Address of the Receiving Organisation/Enterprise [street, city, country, phone, e-mail address], website:
Start date and end date of traineeship: from [day/month/year] to [day/month/year]
Traineeship title:
Detailed programme of the traineeship period including tasks carried out by the trainee:
Knowledge, skills (intellectual and practical) and competences acquired (achieved Learning Outcomes):
Evaluation of the trainee:
Date:
Name and signature of the Supervisor at the Receiving Organisation/Enterprise:

Infos zur PJ Bescheinigung

Die erste Seite der PJ-Bescheinigung wird vom Lehrkrankenhaus unterschrieben, die zweite von der dazugehörigen Universität. Die Unterschrift des Lehrkrankenhauses sollte nicht vordatiert sein, damit keine zusätzlichen Fehltage entstehen. Insgesamt sind pro Tertial 20 Fehltage erlaubt, pro gesplittetes Tertial max. 5 Fehltage, wobei 30 Tage für das gesamte PJ nicht überschritten werden dürfen. Die Wochenenden werden nicht mitgezählt, so dass beispielsweise bei einer Fehlwoche nur 5 Tage abgezogen werden. Auf der Bescheinigung sollten nur Chirurgie, Innere Medizin, oder das ausgewählte Wahltertial eingetragen werden. Bitte keine Fachgebiete wie Herz-Thorax-Chirurgie oder Onkologie eintragen und/oder von der Abteilung stempeln lassen, da ansonsten eine Anerkennung durch das LPA nicht gewährleistet werden kann.

Ein Antrag auf Splitting sollte im ZIB Med, spätestens vor Antritt des ersten gesplitteten Tertials zusammen mit den jeweiligen Zusagen aus dem Ausland vorgelegt werden. Sobald die PJ-Bescheinigungen aus dem Ausland im ZIB Med vorgezeigt werden, wird der von uns genehmigte Antrag an das LPA weitergeleitet.

Certificate concerning practical training (final Year) ZiBMed Köln

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(Praktisches Jahr)

The medical student

Der/Die Studierende der Medizin _____

born _____ **at** _____
geboren am in

has regularly participated (under my supervision and guidance) in the practical training at the undermentioned hospital.

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

The practical training has been carried out in the ward of -

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für –

Period of Training from _____ to _____
Zeitdauer der Ausbildung von bis

Interruptions: no / yes from _____ to _____
Fehlzeiten: nein / wenn ja: von bis

The training Hospital is University Hospital of the University of -
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von-

The training Hospital is a designated Teaching Hospital of the Medical Faculty of the University of -
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität-

_____ ,the den

(location)

(date)

(Name of Hospital) (Name der Ausbildungsstätte)

(Signature of the competent medical superintendent)
(Unterschrift des zuständigen Ausbildungsarztes)

Seal / Stempel

Confirmation

To the Examination-board of Medicine and Pharmacy (North-Rhine Westfalia, Germany)
An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes
Nordrhein-Westfalen, Deutschland

We hereby confirm, that the medical student

Wir bestätigen hiermit, daß die / der Studierende der Medizin

born _____ **at** _____
geboren am _____ in _____

has had the same rights, responsibilities and duties as the regular medical students of the University of

hatte dieselben Rechte, Verantwortlichkeiten und Aufgaben während seines / ihres Aufenthaltes
am

(Hospital / University)
(Krankenanstalt / Universität)

from _____ **to** _____
von _____ bis _____

at the same medical facilities as regular medical students at the University of

an denselben medizinischen Einrichtungen wie Medizinstudentinnen/ en der Universität von

_____, **the** den _____
(location) **(date)**

Dean of the Faculty of Medicine, University of

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Signature / Unterschrift)

Seal / Stempel

**Bescheinigung
über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt**

Die/Der Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Dauer der Ausbildung

von

bis

Fehlzeiten:

nein ja

von

bis

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule

Die Ausbildung ist an der Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden.

Ort, Datum

Siegel / Stempel

(Name der Anstalt)

Certificat concernant la formation pratique à l'hôpital

(dernière année études)

français

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(Praktisches Jahr)

L'étudiant(e) en médecine

Die/Der Studierende der Medizin

né(e) le

geboren am

à

in

a participé(e) régulièrement sous ma surveillance et direction à la formation pratique dans l'hôpital mentionné ci-dessous

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

(hôpital / Klinik/Krankenanstalt)

La formation pratique a été effectuée dans le service de

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Durée de la formation

Dauer der Ausbildung

du

von

au

bis

Interruptions oui / non

Unterbrechung: Ja / nein

du

von

au

bis

L'hôpital où la formation était effectuée est rattachée à l'université de

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

La formation était effectué à l'hôpital universitaire de l'université de

Die Ausbildung ist am Universitätskrankenhaus der Universität von

durchgeführt worden.

_____,
(ville / Ort)

le - den

(date/ Datum)

(nom de l'hôpital)

(Name der Anstalt)

(Sceau)

(Stempel)

(signature du Chef de service)

(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Certificat
Bestätigung

français

**A l'attention du comité d'examen de Médecine et Pharmacie de Rhénanie-Westphalie
Allemagne**

An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Nous certifions que l'étudiant(e) en médecine

Wir bestätigen hiermit, daß die/der Studierende der Medizin

né(e) le _____ **à** _____
geboren am _____ in _____

était à égalité avec les étudiants y présents pendant son séjour à

in Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während ihres/seines Aufenthaltes am

(Hôpital / Université/Faculté)
(Krankenanstalt / Universität)

du _____ **au** _____
von _____ bis _____
gleichgestellt war.

**Elle/lui avait les mêmes droits, devoirs et responsabilités comme les étudiants en médecine de
l'université/faculté de**

Sie/Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der
Universität von

_____, **le-**den _____
(**Ville** / Stadt) (**date** / Datum)

Le doyen de la faculté de médecine de

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(**Signature** / Unterschrift)

Sceau / Stempel

Certificado della Formazione medica pratica

(Anno pratico)

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(Praktisches Jahr)**Lo studente di medicina**

Der/Die Studierende der Medizin _____

nato il

geboren am _____

a

in _____

ha partecipato regolarmente sotto la mia supervisione alla formazione pratica nell'ospedale sotto indicato

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

La formazione pratica é stata effettuata nel reparto di

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für _____

Período della formazione

Zeitdauer der Ausbildung

dal

von _____

al

bis _____

Assenze: No / Si

Fehlzeiten: Nein / wenn ja:

dal

von _____

al

bis _____

 La formazione pratica é stata effettuata nell'ospedale universitario dell'università di

Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von _____

 L'ospedale é stato designato per la formazione pratica dall'università di

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität _____

_____, **il** - den _____
(Località)_____
(Data)_____
(Nome dell'ospedale)

(Name der Anstalt)

Timbro

Stempel

(Firma del capo-medico responsabile)

(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Conferma
Bestätigung

italienisch

All'amministrazione degli esami di medicina, psicologia e farmacia (Nordrhein-Westfalen, Germania)

An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Con la presente confermiamo che lo studente di medicina

Wir bestätigen hiermit, daß der / die Studierende der Medizin

nato il _____ **a** _____
geboren am _____ in _____

é stato nei suoi diritti e obblighi agli studenti regolari di medicina durante la sua permanenza

a
in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines / ihres Aufenthaltes am

(ospedale / Università)
(Krankenanstalt / Universität)

dal _____ **al** _____
von _____ bis _____
gleichgestellt war.

Lei/lui aveva i stessi diritti, obblighi e responsabilità come gli studenti regolari di medicina dell' università di

Sie / Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der Universität von

_____, **il - den** _____
(Località) **(Data)**

Il Decane della Facoltà di Medicina, Università di

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma / Unterschrift)

Timbro / Stempel

Confirmación
Bestätigung

spanisch 2/2010

A la Administración des Exámenes de Medicina y Farmacia (Rhenania de Norte-Westfalia, Alemania)

An das Landesprüfungsamt für Medizin und Pharmazie des Landes Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Con esto confirmamos qu el estudiante de medicina

Wir bestätigen hiermit, daß der / die Studierende der Medizin

nacido el _____ **en** _____
geboren am _____ in _____

estuvo equiparado en sus derechos y obligaciones a los estudiantes de medicina regulares durante su estadia en el

in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines / ihres Aufenthaltes am

(Hospital / Universidad)
(Krankenanstalt / Universität)

desde _____ **hasta** _____
von _____ bis _____
gleichgestellt war.

Tuvo los mismos derechos, obligaciones y responsabilidades que los estudiantes de medicina regulares de la Universidad de

Sie / Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der Universität von

_____ **el-** den _____
(Locadidad) ^ **(Fecha)**

El Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma / Unterschrift)

Sello / Stempel

Declaración
Erklärung

spanisch 2/2010

Con esto declaramos que el hospital
Wir erklären hiermit, dass die Krankenanstalt

ha sido designado por la Facultad de Medicina de la Universidad de
von der Medizinischen Fakultät der Universität von

como hospital de formación práctica para los estudiantes de medicina de esta uni-
versidad.
zur praktischen Ausbildung von Medizinstudenten dieser Universität bestimmt wurde.

_____, el - den _____
(Localidad) (Fecha)

El Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de
Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Firma / Unterschrift)

Sello / Stempel

Einbeziehungserklärung A
für Splittingvorhaben zur Vorlage beim LPA NRW

Für die Universität: _____ *Musteruni/Musterstadt* _____ gibt die zuständige Stelle der medizinischen Fakultät folgende Erklärung ab:

Einbeziehungserklärung
zum „Splitting“ von PJ-Tertialen in ausländischen Universitätskliniken
bzw. dazugehörigen akademischen Lehrkrankenhäusern
 (Ausnahme zu § 3 Abs. 2 a S. 1 ÄAppO)

Die Universität _____ zu Köln _____ möchte die in der nachfolgenden Aufstellung konkret bezeichnete/n Ausbildungsstätte/n (Universitätsklinikum bzw. dazugehöriges akademisches Lehrkrankenhaus) als ausdrücklich ausbildungsg geeignet für die Dauer von 8 Wochen mit in ihre Ausbildung im Praktischen Jahr einbeziehen

- aufgrund eines mit der ausländischen Universität bestehenden Kooperationsabkommens
- aufgrund anderer ausbildungsfachlicher Erkenntnisse oder fachlicher Zusammenarbeit/ Austausch mit der ausländischen Universität

Die o.g. Universität befürwortet demzufolge das in der nachfolgenden Aufstellung konkret dargestellte Splittingvorhaben des/der Studierenden

Name: _____ *Mustermann* _____ Vorname: _____ *Max* _____

Heimatuniversität: _____ *Universität zu Köln* _____ geb. am: _____ *01.01.19XX* _____

Tertial	Zeitraum	Fach	Land und konkrete Bezeichnung der Ausbildungsstätte
Innere Medizin	<i>18.05.15-12.07.15 13.07.15-06.09.15</i>	Innere Medizin	<i>Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln Musterkrankenhaus, Stadt/Land</i>
Chirurgie	<i>07.09.15-27.12.15</i>	Chirurgie	<i>Musterkrankenhaus, Stadt/Land</i>
Wahlfach (außer Allgemeinmedizin)	<i>28.12.15-21.02.16 22.02.16-17.04.16</i>	Pädiatrie	<i>Musterkrankenhaus, Stadt/Land Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln</i>

Hinweis:

Diese grundsätzliche Splittingempfehlung ersetzt nicht die ggfs. im Einzelfall erforderliche Vorabklärung der inhaltlichen Gleichwertigkeit der Ausbildung im Ausland im Hinblick auf § 12 i.V.m. §§ 3, 4 ÄAppO durch den beantragenden Studierenden.

Datum: _____

(Siegel/Stempel)

 (Unterschrift)

Ansprechpartner bei der Med. Fakultät für evtl. Rückfragen seitens des LPA:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Einbeziehungserklärung A
für Splittingvorhaben zur Vorlage beim LPA NRW

Für die Universität: _____ gibt die zuständige Stelle der medizinischen Fakultät folgende Erklärung ab:

Einbeziehungserklärung
zum „Splitting“ von PJ-Tertialen in ausländischen Universitätskliniken
bzw. dazugehörigen akademischen Lehrkrankenhäusern
 (Ausnahme zu § 3 Abs. 2 a S. 1 ÄAppO)

Die Universität _____ zu Köln _____ möchte die in der nachfolgenden Aufstellung konkret bezeichnete/n Ausbildungsstätte/n (Universitätsklinikum bzw. dazugehöriges akademisches Lehrkrankenhaus) als ausdrücklich ausbildungsg geeignet für die Dauer von 8 Wochen mit in ihre Ausbildung im Praktischen Jahr einbeziehen

- aufgrund eines mit der ausländischen Universität bestehenden Kooperationsabkommens
- aufgrund anderer ausbildungsfachlicher Erkenntnisse oder fachlicher Zusammenarbeit/ Austausch mit der ausländischen Universität

Die o.g. Universität befürwortet demzufolge das in der nachfolgenden Aufstellung konkret dargestellte Splittingvorhaben des/der Studierenden

Name: _____ Vorname: _____

Heimatuniversität: __ Universität zu Köln ____ geb. am: _____

Tertial	Zeitraum	Fach	Land und konkrete Bezeichnung der Ausbildungsstätte
Innere Medizin		Innere Medizin	
Chirurgie		Chirurgie	
Wahlfach (außer Allgemeinmedizin)			

Hinweis:

Diese grundsätzliche Splittingempfehlung ersetzt nicht die ggfs. im Einzelfall erforderliche Vorabklärung der inhaltlichen Gleichwertigkeit der Ausbildung im Ausland im Hinblick auf § 12 i.V.m. §§ 3, 4 ÄAppO durch den beantragenden Studierenden.

Datum: _____

_____ (Unterschrift)

(Siegel/Stempel)

Ansprechpartner bei der Med. Fakultät für evtl. Rückfragen seitens des LPA:

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____