

## 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 beim Team Outgoings beantragt werden: [zibmed@uk-koeln.de](mailto:zibmed@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"/> <b>Habe mich über weitere Dokumente auf der Homepage der Partneruniversität informiert und angefügt:</b>
	<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 <small>(Angaben ZiBMed)</small>

Datum, Kürzel  
(Angaben ZiBMed)

--



Trainee	Last name(s)	First name(s)	Date of birth	Nationality <sup>1</sup>	Sex [M/F]	Study cycle <sup>2</sup>	Field of education <sup>3</sup>
						second (Staatsexamen)	0912: Medicine (12.1, 12.2 - 721)
Sending Institution	Name	Faculty/ Department	Erasmus code <sup>4</sup> (if applicable)	Address	Country	Contact person name <sup>5</sup> ; email; phone	
	Universität zu Köln	Medicine	D KOLN01	Albertus-Magnus-Platz, D-50923 Köln	Germany	Mrs. Aneta Deneva <a href="mailto:zibmed@uk-koeln.de">zibmed@uk-koeln.de</a> +49 221 478 30713	
Receiving Organisation /Enterprise	Name	Department	Address; website	Country	Size	Contact person <sup>6</sup> name; position; e-mail; phone	Mentor <sup>7</sup> 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 \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

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 *final-year medical student elective* under the supervision of experienced medical staff to acquire the subject matter 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:

- anamnesis and physical examination of patients
- knowledge about different diagnostical 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:

- 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:
  - 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 competence<sup>8</sup> 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  A2  B1  B2  C1  C2  Native speaker

**Table B - Sending Institution**
*Please use only one of the following three boxes: <sup>9</sup>*

1. The traineeship is **embedded in the curriculum** and upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award no ECTS credits (or equivalent) <sup>10</sup>	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 type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits: ....
Give a grade: Yes <input type="checkbox"/> No <input 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 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 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 type="checkbox"/>	If yes, please indicate the number of credits: ....
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document ( <i>highly recommended</i> ): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	The accident insurance covers: - accidents during travels made for work purposes: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - accidents on the way to work and back from work: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
The Sending Institution will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Receiving Organisation/Enterprise): Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	

**Table C - Receiving Organisation/Enterprise**

The Receiving Organisation/Enterprise will provide financial support to the trainee for the traineeship: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If yes, amount (EUR/month):
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a contribution in kind to the trainee for the traineeship: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please specify:	
The Receiving Organisation/Enterprise will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	The accident insurance covers: - accidents during travels made for work purposes: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> - accidents on the way to work and back from work: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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 <sup>11</sup> at the Sending Institution	Dr. Benjamin Köckemann		Head of ZIB Med		
Supervisor <sup>12</sup> at the Receiving Organisation					

### During the Mobility

<p><b>Table A2 - Exceptional Changes to the Traineeship Programme at the Receiving Organisation/Enterprise</b>          (to be approved by e-mail or signature by the student, the responsible person in the Sending Institution and the responsible person in the Receiving Organisation/Enterprise)</p> <p><b>Planned period of the mobility: from [month/year] ..... till [month/year] .....</b></p>	
Traineeship title: ...	Number of working hours per week: ...
Detailed programme of the traineeship period:	
Knowledge, skills and competences to be acquired by the end of the traineeship (expected Learning Outcomes):	
Monitoring plan:	
Evaluation plan:	

## After the Mobility

**Table D - Traineeship Certificate by the Receiving Organisation/Enterprise**

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

- 
- <sup>1</sup> **Nationality:** Country to which the person belongs administratively and that issues the ID card and/or passport.
- <sup>2</sup> **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).
- <sup>3</sup> **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](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.
- <sup>4</sup> **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.
- <sup>5</sup> **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.
- <sup>6</sup> **Contact person at the Receiving Organisation:** a person who can provide administrative information within the framework of Erasmus+ traineeships.
- <sup>7</sup> **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.
- <sup>8</sup> **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>
- <sup>9</sup> **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.
- <sup>10</sup> **ECTS credits or equivalent:** in countries where the "ECTS" system it is not in place, in particular for institutions located in Partner Countries not participating in the Bologna process, "ECTS" needs to be replaced in all tables by the name of the equivalent system that is used and a web link to an explanation to the system should be added.
- <sup>11</sup> **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.
- <sup>12</sup> **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.

## 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**

**Certificado de la Formación Médica Práctica  
(Internado Obligatorio)**

spanisch 2/2010

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

**El estudiante de medicina** \_\_\_\_\_  
Der/Die Studierende der Medizin

**nacido el** \_\_\_\_\_ **en** \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**ha participado regularmente en la formación práctica (bajo mi supervisión e instrucción) en el hospital abajo mencionao.**

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

**La formación práctica se efectuó en departamento de**  
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für \_\_\_\_\_

**Período de formación** **desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
Zeitdauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Interrupciones: No / Si** **desde** \_\_\_\_\_ **hasta** \_\_\_\_\_  
Fehlzeiten: Nein / wenn ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**La formación se desarrolló en el hospital universitario de la Universidad de**  
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von \_\_\_\_\_

**El hospital de formación ha sido designado para la formación práctica por la Facultad de Medicina de la Universidad de**  
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **el** -den \_\_\_\_\_  
**(Localidad)** **(Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(Nombre del hospital)**  
(Name der Anstalt)

**Sello**  
Stempel

\_\_\_\_\_  
**(Firma del médico jefe competente)**  
(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)



**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**

**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
<b>Innere Medizin</b>	<i>18.05.15-12.07.15 13.07.15-06.09.15</i>	<b>Innere Medizin</b>	<i>Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln Musterkrankenhaus, Stadt/Land</i>
<b>Chirurgie</b>	<i>07.09.15-27.12.15</i>	<b>Chirurgie</b>	<i>Musterkrankenhaus, Stadt/Land</i>
<b>Wahlfach (außer Allgemeinmedizin)</b>	<i>28.12.15-21.02.16 22.02.16-17.04.16</i>	<b>Pädiatrie</b>	<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

und versichert, dass die ausländische Ausbildungsstätte die Vergütungshöchstgrenze nach § 3 Abs. 4 ÄAppO nicht überschreitet.

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	
<b>Innere Medizin</b>		<b>Innere Medizin</b>	
<b>Chirurgie</b>		<b>Chirurgie</b>	
<b>Wahlfach (außer Allgemeinmedizin)</b>			

**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: \_\_\_\_\_