Bewerbungsmappe für Ihren Auslandsaufenthalt:

Halbes PJ-Tertial an einer europäischen Partneruniversität

Mit dieser Zusammenstellung wollen wir Ihnen helfen, die Bewerbung schnell, übersichtlich und komplett zu erstellen. Bitte lassen Sie sich in unseren Outgoings-Sprechstunden beraten. Dort bekommen Sie Hilfestellung und offene Fragen werden geklärt.

Bitte beachten Sie die folgende Checkliste zur Vervollständigung der Bewerbung. Nicht vollständige Bewerbungen und Bewerbungen ohne **zwei Ersatzwünsche** (siehe Feld Personaliabogen) werden nicht berücksichtigt. **Ausreichende Sprachkenntnisse** der Gastlandsprache können (müssen bei einigen Partneruniversitäten) anhand eines neulich (nicht älter als 2 Jahre) erworbenen **Sprachzertifikates** oder (bei einigen wenigen Partneruniversitäten) anhand des Abiturzeugnisses nachgewiesen werden. Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass ein Sprachzeugnis bei der Auswahl durch das ZIB Med höher als das Abiturzeugnis gewertet wird. Sprachnachweise sollten im Optimalfall bis zum Bewerbungsschluss vorliegen. Nur in seltenen Fällen, wenn die Partneruniversität das Sprachzertifikat erst kurz vor Beginn des Auslandssemesters verlangt, können Sprachzertifikate nachgereicht werden.

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

Homepage der Partneruniversität / Medizinsche Fakultät → International Relations / Office / Students → Application procedure / Fact sheet / documents

Etwaige Dokumente können per Mail unter Angabe des Zielortes, Namen und Matrikelnummer beim Team Outgoings beantragt werden: 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

- ☐ Personaliabogen + digitales Passfoto einfügen (Vorlage s.u.)
- ☐ Motivationsschreiben auf Deutsch an das ZIB Med
- ☐ Lebenslauf auf Deutsch
- ☐ Immatrikulationsbescheinigung
- ☐ Kopie des Physikumszeugnises
- ☐ Beratungsprotokoll PJ (Ihrerseits unterschrieben mit der Bewerbung einzureichen - Vorlage s.u.)
- ☐ Bewerbungsschreiben auf der Sprache des Gastlandes, gerichtet an das dortige International Office
- ☐ Lebenslauf auf der Sprache des Gastlandes
- ☐ Verpflichtungserklärung Versicherungsschutz und interkulturelle Sensibilisierung
- ☐ Learning Agreement for Traineeships (SMP) - Vorlage s.u.
- ☐ eventuell: Sprachnachweis
- ☐ **Habe mich über weitere Dokumente auf der Homepage der Partneruniversität informiert und angefügt:**_____
- ☐ Splittingantrag (vor Beginn der Mobilität im ZIB Med zu stellen) - Vorlage s.u.

Unterlagen nach der Mobilität

- ☐ Letter of Confirmation (Vorlage s.u.)
- ☐ Erfahrungsbericht (Leifaden s.u.)
- ☐ EU-Survey in PDF-Format (Link wird Ihnen zugeschickt)
- ☐ Kopie der PJ-Bescheinigung (Vorlage s.u.)

	Stadt	Immatrikulations-bescheinigung als Ausdruck beifügen

Name der Gasthochschule
.....

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

Staatsange-hörigkeit	Postanschrift	Emailadresse

Telefon	IBAN	Bank

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

Vorbereitender Sprachkurs in Köln	Zusätzliche Dokumente der Gasthochschule beigefügt	PJ-Fach

zwei Ersatz-wünsche Kommentare	

Drucken

Anlagen (Angaben ZIB Med)		Datum, Kürzel (Angaben ZIB Med)

Universität zu Köln
Medizinische Fakultät

Beratungsprotokoll

PJ an einer Partneruniversität

1) Studierendendaten

……

Anrede

……

Name, Vorname

……

Matrikelnummer

……

Semesterzahl

……

Zieluniversität (Stadt, Land)

……

Zeitraum des PJ-Auslandsaufenthaltes

2) Bewerbung

☐ Datenbank zwecks Übermittlung der Unterlagen

☐ Verbindliche Bewerbungsfristen

☐ Notwendige Bewerbungsunterlagen

☐ Evtl. anfallende Studiengebühren

☐ Fördermöglichkeiten (Erasmus SMP, Promos, ZIB Med-Förderung, Sonstiges)

☐ Ausreichende Sprachkenntnisse

☐ Notwendige Unterlagen nach Beendigung der Mobilität

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 30713 oder 0221 478 6664
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de

Universität zu Köln
Medizinische Fakultät

3) Anerkennungsmodalitäten

- ☐ Anerkennung des Zielkrankenhauses durch das LPA Düsseldorf
- ☐ Fehltageproblematik
- ☐ Zwingende Notwendigkeit der Bestätigung des Studierendenstatus
- ☐ Ausstellung und Datierung der PJ-Bescheinigung (erste und zweite Seite)
- ☐ Fachbezeichnung auf der PJ-Bescheinigung
- ☐ Bei gesplitteten Tertialen: Notwendigkeit eines Splittingantrages (Vorgehen erläutert)

4) Notwendiger Versicherungsschutz im Ausland

- ☐ Berufshaftpflichtversicherung für Medizinstudierenden (Pflicht)
- ☐ Unfallversicherung (Pflicht)
- ☐ Private Auslandszusatzkrankenversicherung, einschließlich Rückholservice nach Deutschland (bei außereuropäischen Auslandsaufenthalten Pflicht, bei europäischen Auslandsaufenthalten dringend zu empfehlen)
- ☐ Private Haftpflichtversicherung (freiwillig)

5) Sicherheit

- ☐ Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amtes
- ☐ Reisemedizinische Hinweise des Auswärtigen Amtes
- ☐ Freiwilliger Eintrag in die Krisenvorsorgeliste ELEFAND für Deutsche im Ausland
- ☐ Freiwilliges Hinterlassen von Kontaktdaten einer vertrauten Person im ZIB für den Krisenfall während des Auslandsaufenthaltes

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 30713 oder 0221 478 6664
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de

Universität zu Köln
Medizinische Fakultät

6) <u>Sonstiges</u>

Bewerber*in wurde hinsichtlich aller im Beratungsprotokoll genannten Punkten hingewiesen und aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Studierende *Unterschrift ZIB Med-Mitarbeiter*in*

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 30713 oder 0221 478 6664
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de

Verpflichtungserklärung Versicherungsschutz zur Durchführung eines Auslandsaufenthaltes im Rahmen des Medizinstudiums

Hiermit verpflichte ich mich:

……
Name

……
Vorname

……
Geburtsdatum

……
Matrikelnummer

selbst für ausreichenden Versicherungsschutz (Krankenversicherung, Berufshaftpflicht-versicherung für Mediziner, private Haftpflichtversicherung und Unfallversicherung) während meines Auslandsstudienaufenthaltes (Famulatur, Auslandssemester, PJ) in

……
Stadt

……
Land

……
Zeitraum des Auslandsstudienaufenthaltes

zu sorgen. Mir ist bewußt, dass ich **NICHT** über die Universität zu Köln dort versichert sein werde.

……
Ort, Datum

……
Unterschrift des/der Studierende

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 30713 oder 0221 478 6664
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de

Universität zu Köln
Medizinische Fakultät

Verpflichtungserklärung Interkulturelle Sensibilisierung

Hiermit verpflichte ich mich:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Matrikelnummer:

dass ich vor meinem geplanten Auslandsstudienaufenthalt an:

Universität/Krankenhaus:

Stadt, Land:

Zeitraum:

die Informationen aus den folgenden Dokumenten/Medien verinnerlicht habe und die erworbenen Kenntnisse während und nach dem Auslandsstudienaufenthalt umsetzen werde:

- Broschüre 360°
- Dokumentarfilm "First, do not harm"
- Paper Ethical dilemmas in medical humanitarian practice: cases for reflection from Médecins Sans Frontières - PubMed (nih.gov)
- Broschüre "Mit kolonialen Grüßen"

Die **Broschüre 360°** ist verpflichtende Lektüre für alle Studierende, die einen Auslands-studienaufenthalt an einer ZIB Med-Partneruniversität absolvieren. Für Studierende, die den Auslandsstudienaufenthalt in einem Land aus der DAC-Liste absolvieren, sind die restlichen drei Lektüren ebenfalls verpflichtend.

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Studierende:

ZIB Med: Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln
Tel.: 0221 478 30713 oder 0221 478 6664
E-Mail: zibmed@uk-koeln.de

Learning Agreement
Student Mobility for Traineeships

Trainee	**Last name(s)**	**First name(s)**	**Date of birth**	**Nationality**[1]	**Sex [M/F]**	**Study cycle**[2]	**Field of education**[3]
						First	Medicine
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, 50923 Köln	Germany	Mrs. Aneta Deneva E-Mail : zibmed@uk-koeln.de Tel. : 004922147830713	
Receiving Organisation /Enterprise	**Name**	**Department**	**Address; website**	**Country**	**Size**	**Contact person**[6] **name; position; e-mail; phone**	**Mentor**[7] **name; position; e-mail; phone**
					☐ < 250 employees ☐ > 250 employees		

Before the mobility

Table A - Traineeship Programme at the Receiving Organisation/Enterprise

Planned period of the mobility: from [date/month/year] ……. to [date/month/year] …….

Traineeship title: final year medical elective practical training	**Number of working hours per week: 40 (including theoretical lessons and home study)**

Detailed programme of the traineeship: Completion of a final-year medical student elective under the supervision of experienced m staff to acquire the subject re and competences in the subject of

Traineeship in digital skills[8]**:** Yes ☐ No ☒

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 an 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

Monitoring plan:

- 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 findings with the supervising physician

Evaluation plan: On completion of the clinical elective the organisation will issue a certificate to the student, which is conform to the German requirements.

The level of **language competence**[9] in _____ [*indicate here the main language of work*] that the trainee already hasor 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:[10]

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)[11]	Give a grade based on: Traineeship certificate ☒ Final report ☐ Interview ☐
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 ☐ No ☒	

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

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

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 ☐ No ☐	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.

Commitment	Name	Email	Position	Date	Signature
Trainee			*Trainee*		
Responsible person[12] at the Sending Institution	Aneta Deneva	zibmed@uk-koeln.de	Study Abroad Advisor		
Supervisor[13] at the Receiving Organisation					

During the Mobility

Table A2 - Exceptional Changes to the Traineeship Programme at the Receiving Organisation/Enterprise (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) **Planned period of the mobility: from [month/year] ……. till [month/year] …….**	
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
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:

[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 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] **Traineeship in digital skills:** any traineeship where trainees receive training and practice in at least one or more of the following activities: digital marketing (e.g. social media management, web analytics); digital graphical, mechanical or architectural design; development of apps, software, scripts, or websites; installation, maintenance and management of IT systems and networks; cybersecurity; data analytics, mining and visualisation; programming and training of robots and artificial intelligence applications. Generic customer support, order fulfilment, data entry or office tasks are not considered in this category.

[9] **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

[10] **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.

[11] **ECTS credits or equivalent**: in countries where the "ECTS" system it is not in place, "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.

[12] **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.

[13] **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.
Nach Vollendung des letzten gesplitteten Tertiales und nach Vorlage der PJ Bescheinigung im ZIB Med wird Ihnen der Splittingantrag per Post zugeschickt. Dieser muss dann zusammen mit den Unterlagen zur Anmeldung für das mündliche Examen an das LPA Düsseldorf geschickt werden.

UNIVERSITÄT ZU KÖLN

ERASMUS+ Program

Letter of Confirmation

We hereby confirm that the student _____

from the Universität zu Köln (D KOLN01) has spent his/her period of traineeship from

_____to _____ at _____
(day/month/year) (day/month/year) (name of partner institution)

in the framework of the ERASMUS+ exchange program.

Name and function:

Signature:

Date:

Stamp:

Note: This confirmation shall not be issued earlier than one week before the end of the mobility!

Wichtig: Dieses Dokument muss **am Ende des Auslandsaufenthaltes** (d.h. während der letzten Woche der Mobilität!) von der Praktikumseinrichtung unterschrieben werden und von den Studierenden innerhalb von 30 Tagen nach Mobilitätsende **per Email** an das ZIB Med (zibmed@uk-koeln.de) geschickt werden!

Certificate concerning practical training (final Year) englisch 02/2010

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

The medical student
Der/Die Studierende der Medizin _____

born _____ **at** _____
geboren am in

has regulary 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) **Seal** / Stempel
(Unterschrift des zuständigen Ausbildungsarztes)

Confirmation

englisch 02/2010

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

had been put on a par with the regular medical students during his/her stay at the
in seinen Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines / ihres Aufenthaltes am

_____
(Hospital / University)
(Krankenanstalt / Universität)

from _____ **to** _____
von bis

gleichgestellt war.
She/He has had the same rights, duties and responsibilities like the regular medical students of the University of
Sie / Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten 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

Certificat concernant la formation pratique á l'hôpital

(dernière année études) **französisch**

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

L'étudant(e) en médicine _____
Die/Der Studierende der Medizin

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

a praticipé(e) régulierement 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 était effectuée dans le service de
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

_____

Durée de la formation **du** _____ **au** _____
Dauer der Ausbildung von bis

Interruptions oui / non **du** _____ **au** _____
Unterbrechung: Ja / nein von 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.

_____, **le -** den _____
(ville / Ort) **(date/** Datum)

_____
(nom de l'hôpital) **(Sceau)**
(Name der Anstalt) (Stempel)

_____
(signature du Chef de service)
(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Certificat **französisch**
Bestätigung

A l'attention du comité d'examen de Médicine 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 médicine
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 médicine 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 médicine de
Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

_____

_____
(Signature / Unterschrift) **Sceau /** Stempel

italienisch

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 _____ **a** _____
geboren am in

ha partecipato regolarmente sotto la mie supervisione alla formazione practice 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 effettata nel reparto di
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

_____

Período della formazione **dal** _____ **al** _____
Zeitdauer der Ausbildung von bis

Assenze: No / Si **dal** _____ **al** _____
Fehlzeiten: Nein / wenn ja: von bis

☐ **La formazione pratica é stata effettata nell`ospedale universitario dell´universitá di**
Die Ausbildung wurde durchgeführt am Universitätskrankenhaus der Universität von

_____

☐ **L`ospendale é stato designato per la formazione practica dall´universitá di**
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

_____

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

_____
(Nome dell´ospedale) **Timbro**
(Name der Anstalt) Stempel

_____
(Firma del capo-medico responsabile)
(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Conferma **italienisch**

Bestätigung

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 / Universitá)

(Krankenanstalt / Universität)

dal _____ **al** _____

von bis

gleichgestellt war.

Lei/lui aveva i stessi diritti, obblighi e responsabilitá come gli studenti regolari di medicina dell´ universitá di

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

_____

_____, **il -** den _____

(Localitá) **(Data)**

Il Decane della Facoltá di Medicina, Universitá di

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

_____

_____

(Firma / Unterschrift) **Timbro /** Stempel

Certificado de la Formación Médica Práctica
(Internado Obligatorio)

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 instrución) 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) **Sello**
(Name der Anstalt) Stempel

_____
(Firma del médico jefe competente)
(Unterschrift des zuständigen Chefarztes)

Confirmación
Bestätigung

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

Einbeziehungserklärung A
für Splittingsvorhaben 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 ausbildungsgeeignet 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	20.05.19-14.07.19 15.07.19-08.09.19	**Innere Medizin**	Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln Musterkrankenhaus, Stadt/Land
Chirurgie	09.09.19-29.12.19	**Chirurgie**	Musterkrankenhaus, Stadt/Land
Wahlfach (außer Allgemein-medizin)	30.12.19-23.02.20 24.02.16-19.04.20	Pädiatrie	Musterkrankenhaus, Stadt/Land Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

Hinweis:
Diese grundsätzliche Splittingsempfehlung 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: _____

<u>Einbeziehungserklärung A</u>
für Splittingsvorhaben 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 <u>ausländischen</u> 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 ausbildungsgeeignet 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 ÄÄppO 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	Land und konkrete Bezeichnung der Ausbildungsstätte
Innere Medizin		**Innere Medizin**	
Chirurgie		**Chirurgie**	
Wahlfach (außer Allgemein-medizin)			

Hinweis:
Diese grundsätzliche Splittingsempfehlung 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)

Ansprechpartner bei der Med. Fakultät
für evtl. Rückfragen seitens des LPA:
Name: _____
Telefon:_____
E-Mail: _____

(Siegel/Stempel)

Universität zu Köln

ZIB Med • Universität zu Köln • Joseph-Stelzmann-Str. 20• 50931 Köln

Medizinische Fakultät

Hinweise für Outgoings: Versicherungen, Sicherheit und interkulturelle Sensibilisierung

Köln, 06.07.2021

BK

ZIB Med – Zentrum für Internationale Beziehungen

Leiter des ZIB Med:
Dr. Benjamin Köckemann

Joseph-Stelzmann-Str. 20
Gebäude 42
D-50931 Köln

Telefon
Leiter: +49 (0)221 – 478 – 6664
Büroleitung: +49 (0)221 – 478 – 5570
Outgoings: +49 (0)221 – 478 – 30713
Incomings: +49 (0)221 – 478 – 87821

Fax +49 (0)221 – 478 – 6625

benjamin.koeckemann@uk-koeln.de
zibmed@uk-koeln.de

http://zibmed.uni-koeln.de

Liebe Studierende der Medizinischen Fakultät,

Sie planen, im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes die Erbringung einer Leistung für Ihr Studium an der Medizinischen Fakultät. Zu diesem Entschluß beglückwünschen wir Sie herzlich und möchten Sie nach allen Kräften unterstützen. Das ZIB Med berät Sie bei der Wahl der Gastuniversität und der zu belegenden Kurse, unterstützt Sie bei der Zusammenstellung der Bewerbungsunterlagen, nominiert Sie bei den Partneruniversitäten, stellt ggf. finanzielle Unterstützung zur Verfügung und führt die Leistungsanerkennung durch.

Das ZIB Med ist hingegen nicht verantwortlich für **medizinische** und **sicherheitsrelevante** Vorkehrungen sowie Maßnahmen der interkulturellen Sensibilisierung, die sich aus der besonderen Situation einer Auslandsreise und eines Auslandsaufenthaltes ergeben. Zwar gibt es hierzu teilweise Vorgaben der Partnerinstitutionen bzgl. deren Erfüllung Sie das ZIB Med ebenfalls berät, grundsätzlich gilt jedoch, dass Sie für medizinische und sicherheitsrelevante Vorkehrungen selbst verantwortlich sind. Derartige, **dringend empfohlene Vorkehrungen** sind nachfolgend aufgeführt:

Versicherungen

Wenn Sie einen Auslandsstudienaufenthalt absolvieren, bestehen oftmals, je nach Aufenthaltsart (Praxis- oder Semesteraufenthalt) Vorgaben seitens der aufnehmenden Universitäten und/oder von Förderprogrammen (wie z.B. ERASMUS+) bzgl. der nachzuweisenden Versicherungen. In den meisten Fällen umfaßt eine solche „Versicherungspflicht“

- eine **Berufshaftpflichtversicherung für Medizinstudierende** sowie
- eine **Auslandskrankenversicherung**
- eine **Unfallversicherung**.

Zudem wird eine **Privathaftpflichtversicherung** empfohlen.

Einige wenige Partneruniversitäten haben Rahmenvereinbarungen mit bestimmten Versicherungsunternehmen geschlossen, über die dann

entsprechende Versicherungen abzuschließen sind, sozusagen als Aufnahmevoraussetzung für einen Praxis-/Semesteraufenthalt.

Sofern die Kooperationspartner besondere Bedingungen stellen oder Einzelfallregelungen anwenden, informiert Sie hierüber das ZIB Med.

Auch wenn die kooperierende Partnerinstitution keine Vorgaben bzgl. Versicherungen macht, sollten Sie in Ihrem eigenen Interesse auf ausreichenden Versicherungsschutz achten.

Bitte beachten Sie die Empfehlungen des Auswärtigen Amtes bzgl. Versicherungsschutz bei Auslandsreisen (www.auswaertiges-amt.de).

Reisemedizinische Vorsorge

Einige aufnehmende Universitäten machen Vorgaben, welche Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nachzuweisen sind. Im Falle von Partnerinstitutionen der Medizinischen Fakultät informiert Sie hierüber die aufnehmende Universität selbst oder das ZIB Med.

Darüber hinaus informieren Sie sich bitte selbständig auf den Internetseiten des Auswärtigen Amtes über die für Ihr Zielland aktuellen **reisemedizinischen Hinweise**. Rufen Sie dazu bitte die Rubrik „Sicher Reisen / Reisen und Gesundheit / Reisemedizinische Vorsorge“ unter www.auswaertiges-amt.de auf.

Für eine individuelle Beratung wenden Sie sich bitte an die Tropeninstitute oder reisemedizinisch erfahrene niedergelassene Ärzt*innen.

Beginnen Sie mit der reisemedizinischen Vorsorge, wie z.B. erforderliche **Impfungen**, bitte, sobald Sie sich für ein Zielland entschieden haben und besprechen Präventionsmaßnahmen mit erfahrenen Tropen- und/oder Reisemediziner*innen. Hier können Sie in einem persönlichen Gespräch Fragen unter Berücksichtigung Ihrer individuellen Disposition und Reisepläne, objektive Gefährdungen und sonstiger individueller Besonderheiten klären.

Eine Liste von reisemedizinisch qualifizierten Ärzt*innen und Tropeninstituten in Deutschland finden Sie über reisemedizinische Institutionen im Internet, wie beispielsweise unter www.dtg.org (Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Globale Gesundheit e.V.) oder www.frm-web.de (Forum Reisen und Medizin).

Auch Ihr/e Hausarzt*in kann in der Regel bei der Vermittlung behilflich sein. Außerdem hält das Auswärtige Amt unter der Rubrik „Reisemedizinische

Vorsorge“ (www.auswaertiges-amt.de) zahlreiche Merkblätter zu relevanten Themen bereit, u.a.:

- Präventionsmaßnahmen bei Kurzreisen
- Hygiene-Regeln auf Reisen
- Reisemedizinische Impfungen
- HIV-Infektionen/AIDS
- Reiseapotheke
- Reisekranken- und Rückholversicherung

Persönliche Sicherheit während des Auslandsaufenthaltes

Informieren Sie sich bitte unter der Rubrik „Sicher Reisen“ auf den Internetseiten des **Auswärtigen Amtes** (www.auswaertiges-amt.de) über die für Ihr Zielland aufgestellten Sicherheitshinweise sowie über die aktuellen Reisewarnungen. Für einige Länder bzw. bestimmte Regionen innerhalb der Länder hat das Auswärtige Amt spezifische **Reisewarnungen** und **Teilreisewarnungen** herausgegeben, deren Befolgung wir dringend empfehlen. Seien Sie sich bitte bewußt, dass im Rahmen Ihres Studiums an der Medizinischen Fakultät erfolgende Auslandsaufenthalte auf freiwilliger Basis stattfinden und Sie somit in letzter Instanz für Ihre Sicherheit vor Ort selbst verantwortlich sind.

Deutschen Staatsangehörigen empfehlen wir, sich unabhängig vom Land, welches sie besuchen, und unabhängig von der Dauer des Auslandsaufenthaltes, in die **Krisenvorsorgeliste** „Elefand“ des Auswärtigen Amts einzutragen (https://elefand.diplo.de/). Die Krisenvorsorgeliste ist über die Internetseiten des Auswärtigen Amtes zu erreichen.

Fertigen Sie vor Antritt der Reise bitte Kopien von allen persönlichen Dokumenten an (Reisepass, Personalausweis, Visum, Impfpass, Versicherungsnachweise inkl. Notfallnummern, Kontaktdaten bzw. Wohnadresse im Ausland, Kreditkartennummer etc.) und hinterlegen diese bei einer Person Ihres Vertrauens. Wir bitten Sie, uns den Namen und die Kontaktdaten besagter Person Ihres Vertrauens mitzuteilen, deren Einverständnis vorausgesetzt. Dies erleichtert allen beteiligten Akteuren (Medizinische Fakultät Köln, aufnehmende Universität, Auswärtiges Amt, Auslandsvertretungen, in-/ausländische medizinische Versorger etc.) ein

schnelles Handeln in einem Krisen-/Notfall, in dem Sie auf fremde Hilfe angewiesen sein sollten.

Der Vollständigkeit halber möchten wir noch auf die seltene Gefahr von **Anwerbeversuchen** von deutschen Studierenden durch **Auslandsgeheimdienste** hinweisen, hier insbesondere in China, Russland und dem Iran. Das Bundesamt für Verfassungsschutz informiert hierüber in seinen Veröffentlichungen, die abrufbar sind unter:

- https://www.verfassungsschutz.de/SharedDocs/publikationen/DE/2016/studierende-wissenschaftlerinnen-und-wissenschaftler-im-visier-chinesischer-geheimdienste.html
- https://www.verfassungsschutz.de/SharedDocs/publikationen/DE/2016/studierende-wissenschaftlerinnen-und-wissenschaftler-im-visier-russischer-geheimdienste.html
- https://www.verfassungsschutz.de/SharedDocs/publikationen/DE/2016/studierende-wissenschaftlerinnen-und-wissenschaftler-im-visier-iranischer-geheimdienste.html

Interkulturelle Sensibilisierung

Das ZIB Med empfiehlt dringend, dass Sie sich auch interkulturell auf Ihren Auslandsaufenthalt vorbereiten und sich vorbereitend mit ethischen und rassismuskritischen Fragestellungen auseinandersetzen, insbesondere bei Aufenthalten in Ländern des Globalen Südens. Nachfolgend finden Sie hierfür eine Auswahl an Publikationen (Print und Video) zur Vorbereitung.

- 360° – Eine Einführung in die Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V., 1. Auflage, Berlin 2017
- First, Do No Harm: A Qualitative Research Documentary, Tim Holland & Alyson Holland, Dokumentarfilm abrufbar bei vimeo
- Mit kolonialen Grüßen, Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet, glokal e.V., 2., vollständig überarbeitete Auflage, August 2013
- Ethical dilemmas in medical humanitarian practice: cases for reflection from Médecins Sans Frontières, Julian Sheather & Tejshri Shah, National Library of Medicine, November 2017, DOI: 10.1136/jme.2010.038448

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg und Freude bei Ihrem Auslandsaufenthalt und stehen für allgemeine Fragen, die sich aus diesem Merkblatt ergeben sollten, gerne zur Verfügung:

- ZIB Med Outgoingssprechstunde, Sprechstundenzeiten siehe Aushang und Homepage: https://medfak.uni-koeln.de/zibmed.html
- Dipl.-Volksw. Aneta Deneva, Referentin Auslandsstudium, E-Mail: aneta.deneva@uk-koeln.de
- Dipl.-Reg. Wiss. Clara Harms, Referentin für Studierendenaustausch; E-Mail: clara.harms@uk-koeln.de
- Fragen zur persönlichen Sicherheit bei Auslandsreisen und Auslandsaufenthalten: Dr. Benjamin Köckemann, Leitung ZIB Med; Tel.: 0221 – 478 6664; E-Mail: benjamin.koeckemann@uk-koeln.de; Sprechstunde auf Anfrage

ZIB Med-Leitfaden über die Erstellung eines Erfahrungsberichtes nach Absolvieren eines Auslandsstudienaufenthaltes (Krankenpflegepraktikum, Semesteraufenthalt, Famulatur, PJ, Forschungsaufenthalt) an einer Partner- oder Nichtpartneruniversität

Schriftgröße: 12 Times New Roman oder Arial; Zeilenabstand: 1,5 pt; Umfang: mind. 3 Seiten

BITTE ERFAHRUNGSBERICHT ANONYMISIERT ABGEBEN (KEINE NAMEN UND E-MAILS)

1) Titel: Art und Zeitraum des Auslandsstudienaufenthaltes
Land/Stadt und Hochschule bzw. Krankenhaus

2) Vorbereitung auf den Auslandsaufenthalt:
- Motivation
- Notwendige Bewerbungsunterlagen
- Anerkennung des ausländischen Krankenhauses (nur beim PJ)
- Obligatorische und empfohlene Versicherungen (Haftpflicht-, Krankenversicherung) und Impfungen
- Nützliche Links und zuständige Ansprechpartner
- Sprachliche Vorbereitung

3) Der Auslandsaufenthalt:
- Einschreibe- und Anmeldeformalitäten evtl. angefallene Kosten/Studiengebühren
- Wohnungssuche und Unterkunftsmöglichkeiten
- Lebenshaltungskosten
- Öffentliche Verkehrsmittel: Preise, Verbindungen, Zuverlässigkeit
- Belegte Veranstaltungen und/oder Praktika/bzw. Tätigkeitsbeschreibung im Klinikalltag
- Unterschiede zum deutschen Studiensystem
- Gesundheitssystem vor Ort
- Betreuung an der Hochschule bzw. im Krankenhaus
- Fachliche und persönliche Eindrücke
- Land, Leute und Freizeitaktivitäten

4) Nach dem Auslandsaufenthalt:
- Anrechnung von Studienleistungen und/oder Praktika

5) Anmerkungen und Sonstiges

Es handelt sich bei dem Leitfaden um eine Hilfestellung und Empfehlung seitens des ZIB Med. Je nach Auslandsstudienaufenthalt kann der Erfahrungsbericht davon abweichen.
Bei den von ZIB Med organisierten Auslandsstudienaufenthalten nimmt das ZIB Med-Team gerne Kritik und Verbesserungsvorschläge entgegen.