

## Bewerbungsmappe für deinen Auslandsaufenthalt:

# PJ Terial an einer Partneruni außerhalb Europas

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.) müsst ihr selbst auf der Homepage der Partneruniversität einholen. Die Pfade sind international ähnlich:**



Als Fördermöglichkeit bietet sich für Sie die ZiB Med Förderung an. Sie können den Antrag im ZiBMed bei Frau Deneva stellen. Alternativ bietet sich für Sie das PROMOS Stipendium an. Die Bewerbung für das Programm läuft nicht über das ZiB Med sondern direkt über das [International Office der Uni Köln](#).

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.

Bewerbungsunterlagen	PJ aussereuropäisch
<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 jeweiligen International Office
<input type="checkbox"/> Bewerbungsschreiben auf Deutsch an das ZIB Med	<input type="checkbox"/> Lebenslauf auf der Sprache des Gastlandes (in Fällen wie Tokyo, Ghana o.ä. auf Englisch)
<input type="checkbox"/> Lebenslauf auf Deutsch	<input type="checkbox"/> Learning Agreement for Traineeships PJ
<input type="checkbox"/> Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> PJ-Bescheinigung
<input type="checkbox"/> Physikumszeugnis in Kopie und Original mitbringen	<input type="checkbox"/> Antrag auf ZIBMED-Förderung
<input type="checkbox"/> 2 Passfotos	<input type="checkbox"/> eventuell: Sprachnachweis
<input type="checkbox"/> Über ausreichenden Versicherungsschutz und VISA Bestimmungen informiert	<input type="checkbox"/> halbes Terial: Splittingantrag
	<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 <small>(Angaben ZiBMed)</small>

Datum, Kürzel  
(Angaben ZiBMed)

--



**University of Cologne**  
 Medical Faculty

**TRAINING AGREEMENT**  
**FOR FINAL-YEAR MEDICAL STUDENT ELECTIVE**  
*under the supervision of experienced medical staff*



**ACADEMIC YEAR 20 - 20**

**I. PERSONAL DETAILS OF THE STUDENT**

**Name of the student:** \_\_\_\_\_  
**Date and place of birth:** \_\_\_\_\_  
**Direction:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
**Country** \_\_\_\_\_  
**E-mail:** \_\_\_\_\_

**II. SENDING INSTITUTION**

**Sending Institution:** Faculty of Medicine, University of Cologne  
**Direction:** Faculty of Medicine, University of Cologne  
 ZIB Med / Centre for International Relations  
 Joseph-Stelzmann-Str. 20 50931 Cologne  
 \_\_\_\_\_  
**Country:** GERMANY  
**Coordinator:** Dr. Benjamin Köckemann  
**E-mail:** zibmed@uk-koeln.de

**III. DETAILS OF THE PROPOSED CLINICAL TRAINING PROGRAMME ABROAD**

**Host organisation:** \_\_\_\_\_  
**Country:** \_\_\_\_\_  
**Placement description:** Final-year medical student elective under the supervision of experienced medical staff  
 \_\_\_\_\_  
**Type of rotation:** \_\_\_\_\_  
**Elective Period:** \_\_\_\_\_

**IV. COMMITMENT OF THE THREE PARTIES**

**THE STUDENT**

**Date:**  
  
**Student's signature:**

**UNIVERSITY OF COLOGNE**

We confirm that this proposed training agreement is approved.  
 The placement is obligatory for final-year medical students in Germany and part of the curriculum.  
  
**Date:**  
  
**Coordinator's signature:**

**THE RECEIVING INSTITUTION**

We confirm that this proposed training programme is approved.  
 On completion of the clinical elective the organisation will issue a certificate to the student.  
  
**Date:**  
  
**Coordinator's signature:**



**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**

- 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.

## **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) 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 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

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**



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)  
(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**

# 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**

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



## Antrag auf ZIB Med-Förderung

aus den Mitteln des Projektkontos „Qualitätsverbesserung“ in Höhe von **150,- Euro**/voll abgeschlossenen 4 Wochen<sup>1 2</sup>

Name	
Vorname	
Geburtsdatum/ -ort	
Adresse	
E-Mail	
Tel.-Nr.	
Matrikelnummer	
Bank	
IBAN	
BIC/SWIFT	
Andere Stipendien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Örtliches Entgelt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hiermit bestätige ich, gemäß anliegender Aufnahmebestätigung, dass ich im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ einen Auslandsstudienaufenthalt in \_\_\_\_\_ (Stadt), \_\_\_\_\_ (Land) absolvieren werde. Im Zusammenhang mit dem genannten Auslandsstudienaufenthalt werde ich **keine anderen Stipendien aus deutschen Fördermitteln** beziehen, u.a. Erasmus-Förderung (SMS und SMP-Fördermittel), PROMOS, bvmd-Reisekostenzuschuss, Stiftungsförderung, etc.. PJ und Famulaturen **in der Schweiz** sowie in anderen Ländern, in denen ein **örtliches Entgelt** vorgesehen ist, **werden nicht gefördert**. Die Nachweise (Teilnahmebescheinigung und Erfahrungsbericht) werde ich **spätestens 3 Monate** nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes im ZIB Med einreichen.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Ein Anspruch auf Zahlung besteht nicht. Diese Fördermöglichkeit endet sobald die Mittel erschöpft sind.

<sup>2</sup> Der Förderbetrag reduziert sich um jeweils 4 Wochen, wenn während des PJ's Fehltage genommen werden.