

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"/> 20 Euro als Pfand für Erfahrungsbericht ²	<input type="checkbox"/> halbes Terial: Splittingantrag
<input type="checkbox"/> Über ausreichenden Versicherungsschutz und VISA Bestimmungen informiert	<input type="checkbox"/> Habe mich über weitere Dokumente auf der Homepage der Partneruniversität informiert und angefügt:
	<input type="checkbox"/> _____

Hier Foto
draufkleben

Stadt

Studienbescheini-
gung anfügen

Name der Gasthochschule

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

Staatsangehörigkeit	Postanschrift	Emailadresse

Telefon	IBAN	Bank

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

Vorbereitender
Sprachkurs in
Köln

Zusätzliche Dokumente der
Gasthochschule beigelegt

PJ-Fach

Kommentar /
evtl.
Ersatzwunsch

Anlagen (Angaben
ZiBMed)

Datum, Kürzel
(Angaben ZiBMed)



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

Der/die Studierende

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

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

nach Beendigung seines/ihres Auslandsstudienaufenthaltes

vom _____ bis zum _____ an unserer Partneruniversität in

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



Köln, den

Betrag zurück erhalten.

Datum:

Unterschrift des Studierenden:

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

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



University of Cologne
Medical Faculty

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

ACADEMIC YEAR  - 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:



Antrag auf ZIB Med-Förderung

aus den Mitteln des Projektkontos „Qualitätsverbesserung“ in Höhe von **150,- Euro**/voll abgeschlossenen 4 Wochen¹

Name	
Vorname	
Geburtsdatum/ -ort	
Adresse	
E-Mail	
Tel.-Nr.	
Matrikelnummer	
Bank	
IBAN	
BIC/SWIFT	
Andere Stipendien	<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. In 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. Die Nachweise (Teilnahmebescheinigung und Erfahrungsbericht) werde ich **spätestens 3 Monate** nach Beendigung des Auslandsaufenthaltes im ZIB Med einreichen.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

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



**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) 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

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 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

Zeitdauer der Ausbildung

dal

von _____

al

bis _____

Assenze: No / Si

Fehlzeiten: Nein / wenn ja:

dal

von _____

al

bis _____

 La formazione pratica é stata effettata 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 _____

geboren am

en _____

in

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

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

Hinweis:

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

Datum: _____

(Siegel/Stempel)

 (Unterschrift)

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

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Einbeziehungserklärung A
für Splittingvorhaben zur Vorlage beim LPA NRW

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

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

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

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

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

Name: _____ Vorname: _____

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

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

Hinweis:

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

Datum: _____

 (Unterschrift)

(Siegel/Stempel)

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

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____