



Formular zur Bestätigung der Ableistung eines der unten angeführten Module des Klinisch-Praktischen Jahres

Bitte im Original an den Studierenden / die Studierende ausfertigen.

Matrikelnummer:	
NACHNAME:	
Vorname:	
E-Mail (verpflichtend):	

Pflichtfach*:

- Innere Medizin (8 Wochen)
- Chirurgie (8 Wochen)
- Allgemein Medizin (4 Wochen)

Wahlfach I (je 4 Wochen)*:

- Gynäkologie
- HNO
- Kinderheilkunde
- Neurologie
- Psychiatrie
- Sonstiges: _____

Wahlfach II (je 2 Wochen)*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostik 1 |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie und Radioonkologie |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Das oben angekreuzte Modul wurde im Zeitrahmen von _____ bis _____ an folgender Institution (Krankenhaus und Ort) abgeleistet: _____

Das Portfolio wurde eingehalten: _____
(Unterschrift des/der Abteilungsleiters/in)

Beurteilung*: mit Erfolg teilgenommen/ ohne Erfolg teilgenommen

Datum: _____ Unterschrift Mentor/in: _____

Datum: _____ Unterschrift, Stempel Abteilungsleiter/in: _____

Hiermit wird die Absolvierung von 7 bzw. 3 Wochen klinisch-praktischer Tätigkeiten im KPJ _____

Datum + Unterschrift des Mentors/der Mentorin
→ Für die Ablegung der Prüfung.