

**Humanmedizin**

##### 

##### An das Akademische Prüfungsamt, z. Hd.

##### 

Bitte zuständige/n Sachbearbeiter/in eintragen.

**Antrag auf Ausstellung des Nachweises über die**

**viermonatige Famulatur gemäß § 7 ÄAppO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | | **Von der/dem Studierenden auszufüllen** |
| Telefonnr.: | | E-Mail: | |
| Matrikelnr.: |  |  | |
| **Ich beantrage die Ausstellung des Nachweises über die viermonatige Famulatur gemäß § 7 ÄAppO.**  **Folgende Leistungen wurden von mir erbracht:**  Allgemeinmedizinische Hospitation 1 (med150/8511)  Allgemeinmedizinische Hospitation 2 (med150/8513)  Allgemeinmedizinische Hospitation 3 (med250/8533)  Allgemeinmedizinische Hospitation 4 (med350/8553)  Hospitation in der ambulanten Medizin (med350/8554)  Klinisches BP\* Innere Medizin (med411/4110)  Klinisches BP\* Chirurgie (med421/4210)  Klinisches BP\* Gynäkologie, Jahr 4 (med441/4410) **ODER** Klinisches BP\* Pädiatrie, Jahr 4 (med442/4420)  Klinisches BP\* Neurologie, Jahr 4 (med431/4310) **ODER** Klinisches BP\* Psychiatrie, Jahr 4 (med432/4320)  Klinisches BP\* Allgemeinmedizin (med550/5500) | | | |
| \*BP = Blockpraktikum Unterschrift der/des Studierenden  **Von der/dem Prüfenden**  **auszufüllen** | | | |
|  | | | |

#### Die o. g. Leistungen wurden vollständig erbracht. Der Nachweis kann ausgestellt werden.

**Die o. g. Leistungen wurden nicht vollständig erbracht. Der Nachweis kann nicht ausgestellt**

**werden.**

**Datum Name der/des Prüfenden (Blockschrift)/Stempel Unterschrift**