

 **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**