

Teilnahmenachweis

**Praktikum zur Einführung in die klinische
Medizin**

WS 2024/25 und SoSe 2025
21.10.2024 bis 12.07.2025

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ **KG:** _____

Anwesenheitsliste vom jeweiligen Arzt auszufüllen:

Im gesamten Zeitraum dürfen nicht mehr als 15% des Unterrichts (max. 2 Fehltermine) versäumt werden. Unbedingt **Stempel und Unterschrift** von Arzt/Einrichtung beibringen!

Eine Teilnahme ist nur bei pünktlichem Erscheinen möglich und ausschließlich an dem im Stundenplan für Ihre KG ausgewiesenen Termin. Ein Tausch/Wechsel ist nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Krankheit) und nur nach Rücksprache mit dem Verantwortlichen möglich.

Fachgebiet	Station und Name des Arztes	Unterschrift und Stempel des Arztes	Datum
Dermatologie			
Kinderheilkunde 1			
Kinderheilkunde 2			
Traumatologie oder Orthopädie			

Fachgebiet	Station und Name des Arztes	Unterschrift und Stempel des Arztes	Datum
Innere 1			
Innere 2			
Innere 3			
Innere 4			
Innere 5			
Innere 6			
Innere 7 Kardiologie Herzzentrum			
Innere 8 Kardiologie Herzzentrum			
Hygiene/ Krankenhaus- hygiene			
HNO			
Neurologie 1			
Neurologie 2			
Augenheilkunde			