

PRAKTIKUM DER BERUFSFELDERKUNDUNG

für Studierende der Humanmedizin an der Universität Bonn

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Matrikelnummer: _____

E-Mail: _____

Unterschrift des / der Studierenden: _____

PRAKTIKUMSBESTÄTIGUNG

Datum	Zeit [Stunden]	Klinik / Einrichtung [Stempel]	Unterschrift der Ärztin / des Arztes

WICHTIG:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Praktikum muss in Deutschland in einem ärztlichen Tätigkeitsbereich unter Supervision einer Ärztin / eines Arztes erfolgen. 2. Das Praktikum darf maximal an zwei verschiedenen Kliniken / Einrichtungen absolviert werden. 3. Die Praktikumszeit umfasst 16 Unterrichtsstunden (à 45 min) bzw. 12 Zeitstunden. 4. Das Praktikum kann im Semester oder in den Semesterferien absolviert werden. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Studierende sind über die Betriebshaftpflicht des UKB nur dann versichert, wenn Sie das Praktikum am Bonner Universitätsklinikum absolvieren. Für Praktika außerhalb des UKB wird keine Haftung übernommen. 6. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Studiengangskoordination der Vorklinik. 7. Die Teilnahme wird nach dem Einreichen der Praktikumsbescheinigung in BASIS verbucht, sofern Sie dort angemeldet sind. |
|---|---|

Übermitteln Sie die Bescheinigung entweder persönlich an die Studiengangskoordination der Vorklinik (Lehrgebäude Vorklinik, Nussallee 10, Raum 1G/14) oder eingescannt per E-Mail an vorklinik@uni-bonn.de.