

Ansprechpartnerin:

Frau Kirstin Lemke

Telefon: (040) 428 37 – 3797

E-Fax: (040) 427 31 – 0104

E-Mail: Kirstin.Lemke@soziales.hamburg.de**Landesprüfungsamt für Heilberufe**

Postfach 760 106, 22501 Hamburg

Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Hinweise zur Famulatur

gemäß § 7 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) in der derzeit geltenden Fassung.

Allgemeines

Die ärztliche Ausbildung beinhaltet u. a. eine Famulatur von vier Monaten. Sie hat den Zweck, die Studierenden mit der ärztlichen Patientenversorgung in Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung vertraut zu machen. Die Famulatur ist während der unterrichtsfreien Zeiten zwischen dem Ersten Abschnitt und Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abzuleisten.

Studierende des Modellstudiengangs iMed am UKE können mit der Famulatur beginnen, wenn die für die ersten zwei Semester vorgeschriebenen Prüfungen und Leistungskontrollen sowie der Krankenpflegedienst erfolgreich absolviert worden sind. Die Famulaturen sind bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nachzuweisen.

Studierende aus dem Modellstudiengang müssen dem Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus einen Nachweis beifügen, der das Bestehen der vorgeschriebenen Prüfungen und Leistungskontrollen der ersten zwei Semester sowie die Ableistung des Krankenpflegedienstes bescheinigt. Die Bescheinigung „über die vorlesungsfreien Zeiten und Modullabschluss A1-D1“ erhalten Sie in Ihrem persönlichen iMED-Campus-Account.

Die Famulatur wird nach der derzeit geltenden ÄAppO abgeleistet:

1. für die Dauer **eines Monats** in einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird, oder einer geeigneten ärztlichen Praxis,
2. für die Dauer von **zwei Monaten** in einem Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
3. für die Dauer **eines Monats** in einer Einrichtung der hausärztlichen Versorgung.

Der anrechnungsfähige Mindestzeitraum beträgt jeweils einen Monat, z.B. 15.02. bis 14.03. oder 23.07. bis 22.08. = 1 Monat

Ausnahmsweise ist es möglich, **eine** Famulatur zu je 15 Kalendertagen zu teilen und in unterschiedlichen Einrichtungen/ Fachrichtungen zu absolvieren. Dies **gilt nicht** für die Famulatur in einer Einrichtung der **hausärztlichen Versorgung**.

Einordnung von Famulaturen

Als ambulante Famulatur werden Famulaturen u.a. in Ambulanzen, Polikliniken, Notaufnahmen, Arztpraxen und Einrichtungen der ambulanten Drogentherapie anerkannt.

Hinweise zu einer Famulatur im Öffentlichen Gesundheitsdienst finden Sie [hier](#).

Als Klinikfamulatur werden ausnahmsweise **für max. einen Monat** Famulaturen in den Fächern Gerichtsmedizin, Pathologie und Radiologie anerkannt. Dies gilt nur, sofern diese Einrichtungen zu einem Krankenhaus gehören.

Die Famulatur in der hausärztlichen Versorgung erfolgt bei nach § 73 Abs. 1 a SGB V Sozialgesetzbuch zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, das sind:

- Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunkte, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben.
- Ärzte, die nach § 95 a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Ärztereister eingetragen sind (ehemalige „praktische Ärzte“, nach Artikel 30 der EU-Richtlinie 2005/36/EG)
- Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben (Bestandschutzregelung bei Einführung des „Facharztes für Allgemeinmedizin“).

Nachweise

Die Famulatur ist bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung durch die Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 6 der ÄAppO und dem Beiblatt (s. Anlage) nachzuweisen. In der Anlage ist neben der Dauer der Famulatur auch das Fachgebiet anzugeben.

Soweit es sich bei der Famulatur um eine hausärztliche Famulatur handelt, ist das Fachgebiet als „Hausärztliche Versorgung“ zu bezeichnen.

Bei einer Famulatur **im Ausland** erfolgt der Nachweis auf dem beigefügten Vordruck „Certificate concerning practical clinical elective“ oder durch eine formlose Bescheinigung auf einem Briefbogen der Einrichtung mit folgenden Angaben:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum, Geburtsort
- Name der Einrichtung/ Station/ Praxis
- Gebiet/ Fachrichtung
- Zeitraum der Tätigkeit (von/ bis)
- Angabe der Fehlzeiten (von/ bis)
- Unterschrift des ausbildenden Arztes/ der ausbildenden Ärztin
- Stempel/ Siegel der Einrichtung

Eine im Ausland geleistete Famulatur muss durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe auf Antrag (s. Anlage) angerechnet werden. Der Nachweis ist im Original und in Kopie in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die weiterhin beizufügenden Unterlagen können dem Antrag auf Anerkennung entnommen werden. Bescheinigungen in anderer Sprache sind durch einen vereidigten Dolmetscher zu übersetzen. Die Gebühr beträgt 25,- bis 70,- €.

Die **hausärztliche Pflichtfamulatur** kann **nicht im Ausland abgeleistet werden**.

FAMULATUR

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G11312
Postfach 760 106
22051 Hamburg
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Dem Antrag ist beizufügen:	
Original <u>und</u> Kopie der Bescheinigung/en	<input type="checkbox"/>
Semesterbescheinigung	<input type="checkbox"/>
Übersicht zu den semesterfreien Zeiten	<input type="checkbox"/>

Antrag auf Anerkennung der Famulatur im Ausland

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Matrikelnummer:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Anschrift:	

Ich beantrage die Anerkennung meiner nachfolgend aufgeführten Tätigkeit/en auf die nach § 7 ÄAppO abzuleistende Famulatur.

Name der Einrichtung	Station/Fachrichtung	Zeitraum	
		vom	bis

Die Anrechnung von Famulaturen ist gemäß der Tarifnr. 1.1.9.3. der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen in der aktuellen Fassung mit 25,00 € bis 70,00 € gebührenpflichtig. Die Gebühr wird per Gebührenbescheid erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	

ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

vom _____ bis zum _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist

- unterbrochen worden vom _____ bis zum _____
- nicht unterbrochen worden.

(Siegel oder Stempel der Einrichtung)

Ort, Datum

Bezeichnung der Einrichtung

Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärztin

**Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)**

Ergänzend zum anliegenden/ umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“

von Herrn/ Frau _____

über die Tätigkeit vom _____ bis zum _____

wird mitgeteilt:

Der/ die Studierende absolvierte seine/ ihre Famulatur in einer

- Einrichtung der **ambulanten** Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis)
- stationären** Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung
- Einrichtung der **hausärztlichen** Versorgung (z. B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes)

Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin.

(Siegel oder Stempel der Einrichtung)

Ort, Datum

Bezeichnung der Einrichtung

Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärztin

Certificate concerning practical clinical elective

The Student of Medicine

Name, first name:	
Date of birth:	
Place of birth:	

gathered experience in the following institution under my supervision and guidance as a medical trainee after he/she passed the examination in pre-clinical studies successfully.

During this time the student has mainly been involved with activities in the field of:

Period of training

from _____ to _____

Missing time

yes from _____ to _____

no

Seal or stamp
(in case of public institution)

Place, date

Specification of the institution physician

Signature of the instructing