

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