

Antrag zur Verkürzung oder Anrechnung des studienintegrierten Praktikums
für den Bachelorstudiengang
Physician Assistant / Medizinische Versorgung

Application for Shortening or Crediting the Study-Integrated Internship
for the Bachelor Programme
Physician Assistant / Medical Care

Angaben zum Studierenden / *Student information:*

Name / *Name:*

Matrikelnummer / *Matriculation number:*

Semester / *Semester:*

Aufgrund beiliegendem Nachweis (abgeschlossene Ausbildung) bitte ich um Anerkennung an Stelle von /
Based on the enclosed documents, I request the acknowledgement in place of

Berufsfelderkundung

Praxissemester

Note:

Aufgrund beiliegendem Nachweis (Praktikumbestätigung o.ä.) bitte ich um Anerkennung an Stelle von /
Based on the enclosed documents, I request the acknowledgement in place of

Berufsfelderkundung (Note wird durch die noch abzulegende Prüfungsleistung erlangt)

Institution, an der die Leistung erfüllt wurde / *Institution where the internship was completed:*

Tätigkeitsnachweis (ggf. Abschlusszeugnis) / *Activity report:*

(ggf.) Gesamtstundenzahl /
Total number of hours:

Datum und Unterschrift des Studierenden / *Date and signature of the student*

Das Praktikum wird anerkannt. / *The internship will be counted.*

Das Praktikum wird teil anerkannt. / *The internship will be counted.*

Es müssen noch _____ Wochen absolviert werden. / *They have to serve _____ weeks.*

Das Praktikum wird nicht anerkannt. / *The internship will not be counted.* Grund / *Reason:*

Datum & Unterschrift des Praktikumsbeauftragten (THD) / *Date & Signature of the Internship Administrator (DIT)*