

**Antrag auf Durchführung einer Famulatur/ eines Praktikums für Medizinstudenten in einem Unternehmen der GLG**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum/ Geburtsort** \_\_\_\_\_

diese Angaben sind für die spätere Ausstellung des Zeugnisses nötig

**1a) Bewerbung für**

eine **Famulatur** Zeitraum: \_\_\_\_\_

ein **Praktikum** Zeitraum: \_\_\_\_\_

**gewünschte Fachrichtung/Klinik/Abteilung:**

---

---

**1b) Auswahl der Einrichtung der GLG?**

(Bitte zutreffende Einrichtung ankreuzen)

- GLG Werner Forßmann Klinikum Eberswalde
- GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde
- GLG Krankenhaus Angermünde
- GLG Krankenhaus Prenzlau
- GLG Fachklinik Wolletzsee
- MVZ Eberswalde
- MVZ Angermünde
- MVZ Finowfurt
- MVZ Prenzlau
- MVZ Am Werner Forßmann Klinikum Eberswalde
- REHAZENT Ambulante Rehabilitation Eberswalde GmbH

**2a) Weitere Persönliche Angaben**

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Tel. (Festnetz u./o. Handy) \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

**2b) Angaben zum Studium:**

Beginn: \_\_\_\_\_

Name der Universität/Hochschule: \_\_\_\_\_

Bestandener erster Abschnitt der  
Ärztlichen Prüfung (Datum)  
\_\_\_\_\_

Haben Sie ggf. bereits jetzt Vorstellungen  
zur späteren gewünschten Fachrichtung?  
\_\_\_\_\_

**Die Kopie der aktuellen Studienbescheinigung ist der Bewerbung beizufügen.**

**2c) Bereits absolvierte Famulaturen / Praktika:**

	Dauer	Name der Einrichtung	Klinik/Abteilung
1			
2			
3			
4			
5			

(Sollte dieser Platz nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben als formlosen Anhang ergänzen)

**2d) Angaben zu Stipendien:**

Sind Sie GLG-Stipendiatin / GLG Stipendiat?

 JA NEIN**2e) Platz für weitere eigene Angaben:**

---

---

---

**Datum und Unterschrift Bewerberin / Bewerber**

---

**Der Antrag auf Durchführung der Famulatur/des Praktikums** wird genehmigt ist nicht möglich,  
weil

---

---

**Datum und Unterschrift  
Chefarzt / Abteilungsleiter**

---

**Datum und Unterschrift  
Leitung Personalabteilung**