

| |
|--|
| Universität in Mecklenburg-Vorpommern: |
| Name des Hochschullehrers/ der Hochschullehrerin: |
| Telefon-Nr.: |
| Mail-Adresse: |

ÄQUIVALENZBESCHEINIGUNG

zur Vorlage beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-
Vorpommern, Landesprüfungsamt für Heilberufe

Gleichwertigkeit (Äquivalenz) von praktischen Ausbildungszeiten (PJ) im Ausland im Rahmen des Medizinstudiums:

| | |
|---|--|
| Frau/ Herr | |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land) | |
| Telefon-Nr. | |
| E-Mail-Adresse | |
| Universität in M-V | |

beabsichtigt, ein Tertial bzw. ein halbes Tertial (16 bzw. 8 Wochen) ihrer/seiner
gemäß § 3 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApp0) in der Krankenanstalt
durchzuführenden praktischen Ausbildung

im klinisch-praktischen Fachgebiet:

an der Universitätsklinik/dem der Universität zugeordneten Lehrkrankenhaus:
(genaue Namensbezeichnung der Klinik, ggf. mit Bezeichnung der Abteilung, mit Anschrift)

der Universität (Bezeichnung, Stadt, Land):

zu absolvieren.

**Fachliche Beurteilung der bescheinigenden Hochschullehrerin/
des bescheinigenden Hochschullehrers:**

Die Praktische Ausbildung im vorab bezeichneten Fachgebiet an der vorab bezeichneten ausländischen Einrichtung entspricht nach meinen Erkenntnissen im Ergebnis einer hiesigen praktischen Ausbildung.

Ich kann daher eine Anrechnung dieser praktischen Studienleistungen in dieser ausländischen Einrichtung gegenüber dem Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern uneingeschränkt empfehlen.

Es ist insbesondere auch sichergestellt, dass die Studierenden an der oben benannten, zur praktischen Ausbildung vorgesehenen, ausländischen Einrichtung entsprechend ihres Ausbildungsstandes unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung einer ausbildenden Ärztin oder eines ausbildenden Arztes, ganztägig an den Wochenarbeitstagen, ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtung durchführen werden und an den dort abgehaltenen klinischen Besprechungen einschließlich der arzneitherapeutischen und klinisch-pathologischen Besprechungen teilnehmen können.

Oben benannte/r Studierende/r hat mir glaubhaft nachgewiesen:

1. In der Abteilung, in der die Ausbildung erfolgen soll, steht eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten sowohl für die ärztliche Versorgung als auch für die Ausbildungsaufgaben zur Verfügung.
2. Regelmäßige pathologisch-anatomische Demonstrationen durch einen Facharzt für Pathologie und klinische Konferenzen sind gewährleistet.
3. Dem gewählten Krankenhaus stehen zudem mindestens folgende, den hiesigen Ausbildungsanforderungen entsprechende Einrichtungen zur Verfügung:
 - eine leistungsfähige Röntgenabteilung,
 - ein leistungsfähiges medizinisches Laboratorium,
 - eine medizinische Bibliothek,
 - ein Sektionsraum und
 - ausreichende Räumlichkeiten für Aufenthalt und Unterrichtung der Studierenden
4. Bei einer Ausbildung in den Fachabteilungen Innere Medizin oder Chirurgie:
 - Die Einrichtung verfügt über mindestens 60 Behandlungsplätze mit unterrichtsgerechten Patienten und
 - auf diesen Abteilungen ist außerdem eine konsiliarische Betreuung durch nicht vertretene Fachärzte, insbesondere für Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, für Neurologie und für Röntgen- und Strahlenheilkunde gegeben.

Sonstige, ggfs. besondere Bemerkungen zur Ausbildungssituation an der oben bezeichneten ausländischen Einrichtung:

Die oder der Studierende versichert ausdrücklich, dass die Einhaltung der Vergütungshöchstgrenze gemäß § 3 Abs. 4 S. 8 ff. ÄApprO durch die ausländische Krankenanstalt in eigener Verantwortung sichergestellt wird.

Der Äquivalenzbescheinigung sind die von der/dem Studierenden vorgelegten Informationen über die ausländische Universitätsklinik/das ausländische Lehrkrankenhaus beizufügen. Daraus muss mindestens auch hervorgehen, dass es sich um das Universitätsklinikum oder um ein Lehrkrankenhaus der ausländischen Universität handelt; andernfalls ist zusätzlich eine Erklärung der ausländischen Universität hierüber beizufügen (Muster im Anhang zur Äquivalenzbescheinigung).

Unterschriften:

| | Ort/ Datum | Unterschrift | Stempel/ Siegel |
|---------------------------|---------------|--------------|-----------------|
| Student/in | | | |
| Unterschrift Studiendekan | | | |

Declaration

Erklärung

(auszufüllen von der ausländischen Universität, s. letzter Abs. der Äquivalenzbescheinigung)

We hereby declare, that the hospital

Wir erklären hiermit, dass die Krankenanstalt

of the Faculty of Medicine of the University of
von der Medizinischen Fakultät der Universität von

was determined for the practical training of medical students of this university.
zur praktischen Ausbildung von Medizinstudierenden dieser Universität bestimmt
wurde.

_____, the/den _____
(location) **(date)**

Dean of the Faculty of Medicine, University of

Die Dekanin/der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

(Signature/Unterschrift)