



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK
UNIVERSITÄTSVERWALTUNG

Universität zu Lübeck
-Studierenden-Service-Center-
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
ssc@uni-luebeck.de

ANTRAG AUF STUDIENPLATZTAUSCH

Ich möchte die Universität zu Lübeck verlassen:		Ich möchte an die Universität zu Lübeck:	
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Anschrift:		Anschrift:	
Tel.:		Tel.:	
email:		email:	
Studiengang:		Studiengang:	
z.Zt. im Semester		z.Zt. im Semester	
1. Physikum bestanden am:		1. Physikum bestanden am:	
2. I. Staatsexamen bestanden am:		2. I. Staatsexamen bestanden am:	
3. II. Staatsexamen bestanden am:		3. II. Staatsexamen bestanden am:	
z. Zt. Immatrikuliert an der Universität zu Lübeck		z. Zt. Immatrikuliert in:	
Wechsel ab WS/SS:	Wechsel nach:	Wechsel ab WS/SS:	Wechsel an die Universität zu Lübeck
Zugang zum Medizinstudium laut anliegender Bescheinigung: Zulassung durch Hochschulstart endgültige Zulassung durch die Uni		Zugang zum Medizinstudium laut anliegender Bescheinigung: Zulassung durch Hochschulstart endgültige Zulassung durch die Uni	
Datum und Unterschrift:		Datum und Unterschrift:	

Zustimmung der Universität zu Lübeck:	Zustimmung der Universität zu Lübeck:
Datum und Unterschrift:	Datum und Unterschrift:
Exmatrikuliert am:	Exmatrikuliert am:



Name, Vorname

Datum

VORDRUCK A

1) Die Zulassung zum Studium der **Humanmedizin** ist erfolgt:

- ☐ durch die ZVS/hochschulstart.de (Vollstudienplatz/Teilstudienplatz)
- ☐ durch die Hochschule
- ☐ durch die Hochschule, beschränkt auf den vorklinischen Studienabschnitt
- ☐ durch eine einstweilige Anordnung

2) Ich bin

- ☐ vorläufig im _____ Fachsemester
- ☐ endgültig im _____ Fachsemester; (ggf.: = ____ . klinisches Semester)

3) Ich bin derzeit in einem

Reform-/Modellstudiengang

☐ ja ☐ nein

eingeschrieben.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Unterschrift der/des Studierenden

Siegel des Studentensekretariats

Unterschrift der Hochschule

Nur gültig mit Siegel und Unterschrift!



BEWERBUNGSBOGEN B

Bewerber/in: _____

Sie finden in der Tabelle alle Leistungsnachweise aus dem vorklinischen sowie klinischen Studienabschnitt in der Reihenfolge aufgeführt, wie sie in Lübeck erworben werden.

Bitte kreuzen Sie an, welche Leistungsnachweise Sie bei Antritt Ihres Studiums in Lübeck bereits absolviert haben werden. Ein Tausch in der Vorklinik ist grundsätzlich **nicht möglich**, wenn Sie aus **einem Reform/Modellstudiengang** kommen.

Des Weiteren gilt für die Vorklinik: ein Tausch ist nur möglich, wenn bereits Leistungen vorliegen!

Wenn Sie sich für den klinischen Studienabschnitt bewerben, reicht im vorklinischen Bereich ein Kreuz für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Alle Fehlversuche für noch nicht erworbene Leistungsnachweise sind im Anschluss der Tabelle gesondert auszuweisen und von den jeweiligen Instituten zu bestätigen.

Vorklinischer Abschnitt - Pflichtcurriculum	JA	NEIN
1. Studienjahr (Semester 1 und 2)		
Kursus der Makroskopischen Anatomie		
Kursus der Mikroskopischen Anatomie		
Seminar Anatomie <input type="checkbox"/> Erste Hilfe <input type="checkbox"/>		
Praktikum der Berufsfelderkundung		
Praktikum der Biologie		
Praktikum der Chemie		
Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin		
Praktikum der medizinischen Terminologie		
Praktikum der Physik		
2. Studienjahr (Semester 3 und 4)		
Praktikum der Biochemie / Molekularbiologie		
Seminar Biochemie / Molekularbiologie		
Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie		
Seminar der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie jeweils mit klinischen Bezügen		
Praktikum der Physiologie		
Seminar der Physiologie		
Wahlfach (wahlweise im ersten oder zweiten Studienjahr)		
Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)		
Klinischer Studienabschnitt - Pflichtcurriculum	JA	NEIN
3. Studienjahr (Semester 5 und 6)		
Klinische Umweltmedizin (Q)		
Notfallmedizin (Q)		
Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin (Q)		
Hygiene, Mikrobiologie, Virologie		
Humangenetik		



Klinischer Studienabschnitt - Pflichtcurriculum	JA	NEIN
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz (Q): Teil Radiologie <input type="checkbox"/> Teil Strahlentherapie <input type="checkbox"/>		
Fächerübergreifender Leistungsnachweis: Chirurgie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde, Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde <input type="checkbox"/>		
Fächerübergreifender Leistungsnachweis: Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik <input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Pharmakologie, Toxikologie <input type="checkbox"/>		
4. Studienjahr (Semester 7 und 8)		
Anästhesiologie		
Blockpraktikum Frauenheilkunde, Geburtshilfe		
Blockpraktikum Innere Medizin		
Blockpraktikum Kinderheilkunde		
Blockpraktikum Chirurgie		
Klinische-pathologische Konferenz (Q)		
Klinische Pharmakologie / Pharmakotherapie (Q)		
Rechtsmedizin		
Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen (Q)		
Prävention, Gesundheitsförderung (Q)		
Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren (Q)		
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin		
Schmerzmedizin		
5. Studienjahr (Semester 9 und 10)		
Allgemeinmedizin		
Blockpraktikum Allgemeinmedizin		
Augenheilkunde		
Dermatologie, Venerologie		
Epidemiologie, medizinische Biometrie, medizinische Informatik (Q)		
Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde		
Palliativmedizin (Q)		
Infektiologie, Immunologie (Q)		
Medizin des Alterns und des alten Menschen (Q)		
Orthopädie		
Fächerübergreifender Leistungsnachweis: Neurologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie, Psychotherapie <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/>		
Urologie		
Wahlfach (im 3., 4. oder 5. Studienjahr)		



Fehlversuche

Leistungsnachweis	Anzahl und Zeitpunkt (Monat/Jahr) der Versuche	Stempel und Unterschrift der Institution
	1. Versuch 2. Versuch 3. Versuch	
	1. Versuch 2. Versuch 3. Versuch	

ggf. weitere auf gesondertem Blatt aufführen.

Fehlversuche haben nicht stattgefunden ☐

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben versichere ich an Eides Statt.

Falsche oder unvollständige Angaben führen zum Ausschluss vom Verfahren bzw. nachträglich zur Exmatrikulation.

Ort, Datum

Unterschrift