



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Medizinische Fakultät

Prodekan für Lehre  
Prof. Dr. Andreas H. Guse

Leiter Prodekanat für Lehre  
PD Dr. Olaf Kuhnigk, MME

Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-51810  
Telefax: (040) 7410-54702  
j.schreiner@uke.de  
[www.uke.uni-hamburg.de](http://www.uke.uni-hamburg.de)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg  
Dekanat der Medizinischen Fakultät

Ansprechpartner/-in  
Julia Schreiner

## Externes Wahlfach Medizin I im Regelstudiengang

### Antrag auf Anerkennung einer Veranstaltung als Wahlfach für den ersten Studienabschnitt des Studiums der Humanmedizin an der Universität Hamburg

Hiermit beantrage ich, Herrn/Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Matrikelnummer: \_\_\_\_\_,

die Anerkennung folgender Lehrveranstaltung der Universität Hamburg als Wahlfach Medizin I:

Veranstaltungstitel: \_\_\_\_\_

Fachbereich/ Institut: \_\_\_\_\_

Zeitraum (Datum): von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_.

Ich verpflichte mich, den vom o.g. Institut erstellten, benoteten Leistungsnachweis innerhalb des Semesters, in dem die Veranstaltung stattgefunden hat, im Prodekanat für Lehre abzugeben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Studierenden

### Bestätigung der Voraussetzungen durch die Lehrperson

Folgende Voraussetzungen für Anerkennung des Wahlfachs sind in der oben genannten Veranstaltung gegeben:

1. Ein Gesamtumfang von 2 SWS als regelmäßige Veranstaltungstermine, diese können auf maximal zwei Semester verteilt werden. Empfohlen werden 2 SWS über 1 Semester.
2. Diese 2 SWS sind entweder als Seminar oder als Praktikum zu absolvieren.
3. Alle Veranstaltungen des Wahlfachs sind anwesenheitspflichtig.
4. Die Leistungen im Wahlfach werden benotet, daher ist eine Form der Leistungskontrolle (Klausuren, praktische Prüfungen, mündliche Prüfungen, etc.) nötig. Die Benotung erfolgt nach dem deutschen System (1: sehr gut, 2: gut, 3: befriedigend, 4: ausreichend, 5: ungenügend, 6: mangelhaft).

\_\_\_\_\_  
Name der/des verantwortlichen Lehrenden

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Lehrenden