



### 1. Angaben zur Person

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Geburtsdatum und -ort</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Studiengang (Bachelor/Master)</b>	
<b>Fachsemester</b>	
<b>Hochschule</b>	

### 2. Angaben zum Praktikum

**Wunschzeitraum** von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Alternativer Zeitraum** von \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Vollzeit** (40 Stunden/Woche)

**Teilzeit** \_\_\_\_ Stunden pro Woche an \_\_\_\_ Tagen pro Woche

**Üben Sie aktuell eine Tätigkeit als SHK/WHK am Universitätsklinikum Dresden aus?**

**Nein**       **Ja**, mit \_\_\_\_ Stunden/Woche

**Falls ja, an welcher Klinik/ welchem Institut wird die Tätigkeit ausgeübt:**

.....




**Wunschabteilung** (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!)

<b>Abteilung</b> nähere Informationen siehe Homepage	<b>Erst- wunsch</b>	<b>Zweit- wunsch</b>	<b>Dritt- wunsch</b>
<b>Station S1</b>			
<b>Station S2</b>			
<b>Allgemeine Tagesklinik</b>			
<b>Tagesklinik für Angst- und Zwangserkrankungen</b>			
<b>Tagesklinik für Somatoforme Störungen</b>			
<b>Mutter-Kind-Tagesklinik</b>			
<b>Traumaambulanz</b>			
<b>Soziale Arbeit</b>			
<b>Spezialtherapien (Kunst- oder Körpertherapie)</b> Auswahl bitte unterstreichen!			
<b>Forschungsbereich (DREAM, Traumafolgestörungen, Bereich Peripartal- und Familienpsychosomatik)</b> Auswahl bitte unterstreichen!			

**Es handelt sich um ein:**

Klinisches Praktikum

Forschungspraktikum

	Universitätsklinikum Dresden / Medizinische Fakultät der TU Dresden	
	<b>Formular für die Bewerbung auf einen Praktikumsplatz</b>	PSO

### 3. Erklärung über das Pflichtpraktikum (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Hiermit bestätige ich, dass ich das **Pflicht**praktikum über \_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_ Stunden im Rahmen meines aktuellen Studiums **noch nicht** absolviert habe und noch **kein** Praktikum am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchgeführt habe.

→ Die Studienordnung liegt bei (Dauer des Praktikums farbig markiert)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereits \_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_ Stunden meines **Pflicht**praktikums über insgesamt \_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_ Stunden im Rahmen meines aktuellen Studiums an folgender Stelle absolviert habe:

.....

Hiermit erkläre ich, dass ich ein **Wunsch**praktikum über \_\_\_\_ Wochen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus durchführen möchte und das **Pflicht**praktikum meines aktuellen Studiums über \_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_ Stunden bereits an folgender Stelle absolviert habe:

.....

Eine **Kopie der Studienordnung** mit farbiger Markierung der Dauer des Pflichtpraktikums habe ich beigelegt.

.....

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit folgenden Unterlagen an:  
[Franziska.Kittel@ukdd.de](mailto:Franziska.Kittel@ukdd.de)

**Unterlagen:**

- Aktueller Lebenslauf
- Elektronisches Foto für den Mitarbeiterausweis
- Bewerbungsanschreiben
- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung (welche bis zum Praktikumsbeginn aktuell zu halten ist)
- Auszug aus der Studienordnung mit farbiger Markierung der festgelegten Dauer des Pflichtpraktikums
- Impfnachweis (siehe Link auf Homepage)
- Ggf. Aufenthaltsgenehmigung