

Stammdaten			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Adresse:	
Telefonnummer:		E-Mail:	

## Lehrveranstaltungsantrag für externe Lehrende

Habilitiert Ja  Nein

Habilitation an der MedUni Wien	Fach:	
Habilitation an einer Fremduniversität	Universität:	
	Fach:	

für das Semester:

Angaben zur Lehrveranstaltung						
LV-Nr. (wenn vorhanden):		SemStd. LV:		ant. SemStd.:		LV-Typ (zB: VO, SE):
LV-Titel (deutsch):						
LV-Titel (englisch):						
Inhalt der Lehrveranstaltung (deutsch):						
Inhalt der Lehrveranstaltung (englisch):						
Ziel der Lehrveranstaltung (deutsch):						
Ziel der Lehrveranstaltung (englisch):						
LV-Sprache:						

Stellung im Studienplan (zutreffendes bitte ankreuzen)					
Freifach	<input type="checkbox"/>	Pflichtfach	<input type="checkbox"/>	Wahlpflichtfach	<input type="checkbox"/>
Studienkennzahl (zutreffendes bitte ankreuzen)					
UN 202 Humanmedizin	<input type="checkbox"/>	UN 094 PhD	<input type="checkbox"/>	UN 936 Medizinische Informatik	<input type="checkbox"/>
UN 203 Zahnmedizin	<input type="checkbox"/>	UN 790 Doctoral Program of Applied Medical Science	<input type="checkbox"/>	UN 329 Molecular Precision Medicine	<input type="checkbox"/>

Lehrveranstaltungstermine	
<b>Vorbesprechung:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> am: <input type="text"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Uhrzeit der Vorbesprechung:</b>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
<b>Ort der Lehrveranstaltung:</b>	<input type="text"/>
<b>Block-Lehrveranstaltung:</b>	Ja: <input type="checkbox"/> von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Tage:</b>	MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/>
<b>Uhrzeit der Abhaltung:</b>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
<b>Ort der Lehrveranstaltung:</b>	<input type="text"/>
<b>max. Teilnehmer:innenzahl:</b>	<input type="text"/> <b>Patient:innen in LV:</b> Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>
<b>Benötigte Geräte:</b>	<input type="text"/>
Angaben zur Online-Anmeldung	
<b>Anmeldezeitraum:</b>	von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>
<b>Anmerkung:</b>	<input type="text"/>

Der/die Antragsteller:in bestätigt mit der Unterschrift die Angaben und verpflichtet sich, jede Änderung dem Rektorat der Medizinischen Universität Wien umgehend schriftlich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Antragsteller:in

Datum

(OE- Stampiglie)

Unterschrift Leitung der Organisationseinheit

**Nicht vom/von der Antragsteller:in auszufüllen**

Genehmigt

Nicht genehmigt

**Begründung:**



Datum

Unterschrift der Vizerektorin für Lehre