FAKULTÄT FÜR INFORMATIK

DER TECHNISCHEN UNIVERSITÄT MÜNCHEN
PRÜFUNGSAUSSCHUSS
Vorsitzender: Univ. Prof. Bernd Brügge, Ph.D.

Anmeldung eines Klinischen Anwendungsprojektes für Studierende des Studiengangs Bachelor Informatik mit Anwendungsfach Medizin

Bitte das unterschriebene Formular am Infopoint (MI 00.10.013) abgeben oder senden an:

Prüfungsausschuss Informatik
z. Hd. Brigitte Oeckl
Fakultät für Informatik der TUM
SB-S-IN
Boltzmannstraße 3
D-85748 Garching bei München

1. Anmeldung eines Klinischen Anwendungsprojekts, Anwendungsfach Medizin

Thema (deutsch oder englisch):	
Thema Übersetzung (englisch): Falls das Thema in Englisch gestellt wird, ist keine deutsche Übersetzung notwendig	
Aufgabensteller/in:	
Betreuer/in	

Hinweis: Der/Die Aufgabensteller/in muss prüfungsberechtigtes Mitglied der Fakultät für Medizin sein. Der/Die Aufgabensteller/in muss nach Abschluss des Projekts eine Notenmeldung an den Prüfungsausschuss senden. Bei inhaltlichen Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. Ulrich Eck (ulrich@tum.de)

a) Kurzbeschreibung des Projekts: 1-2-seitige Beschreibung als Anlage.

b) Vorgesehene Anzahl der Bearbeiter/innen: _____

c) Benotung:

Gewichte zur Festsetzung der Gesamtnote aus den Einzelnoten	**ECTS**
ECTS Praktische Tätigkeit	
ECTS Dokumentation (mindestens 1 ECTS)	
ECTS Präsentation (mindestens 1 ECTS)	
ECTS insgesamt	**6**

Hinweis: 1 ECTS-Punkt entspricht 30 Arbeitsstunden.

2. Anmeldung der Bearbeiter/innen
Falls mehrere Bearbeiter/innen an einem Thema arbeiten, ist diese Seite der Anmeldung für jede/n Bearbeiter/in einzeln anzufertigen.

Thema:	

Bearbeiter/in:

Vorname:	
Name:	
Matrikelnummer:	
Fachsemester:	

Beginn des Projekts: _____

Voraussichtlicher Abschluss: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des/der Bearbeiters/in

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des/der Aufgabenstellers/in

FAKULTÄT FÜR INFORMATIK

DER TECHNISCHEN UNIVERSITÄT MÜNCHEN
PRÜFUNGSAUSSCHUSS
Vorsitzender: Univ. Prof. Bernd Brügge, Ph.D.

Notenmeldung für ein Klinisches Anwendungsprojekt für Studierende des Studiengangs Bachelor Informatik mit Anwendungsfach Medizin

Bitte das unterschriebene Formular senden an:

Prüfungsausschuss Informatik
z. Hd. Brigitte Oeckl
Fakultät für Informatik der TUM
SB-S-IN
Boltzmannstraße 3
D-85748 Garching bei München

Thema:	
Bearbeiter/in:	
Matrikelnummer:	
Projekt abgeschlossen am:	
Note:	

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des/der Aufgabenstellers/in