



**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