



**5. Außerhalb der Norm liegende aufwändige Materialien (Implantate, Katheter, Stents usw.) und Medikamente, sofern diese nicht aus Studienmitteln bezahlt werden.**

ja  nein

Wenn ja, bitte im Folgenden auflühren:

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

**6. Zusätzliche studienbedingte Personalaufwendungen  
(nur wenn Personal zum Einsatz kommt, dass ausschließlich durch die UKGM GmbH bezahlt wird)**

ja  nein

Wenn ja, wie viele Stunden und welche Tarifgruppe:

Tarifgruppe: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Tarifgruppe: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Tarifgruppe: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

**7. Sonstige studienbedingte zusätzliche Leistungen**

ja  nein

Wenn ja, welche vergleichbar besonders teuren Leistungen:

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

Anzahl: \_\_\_\_\_ **Kosten: \_\_\_\_\_ €**

14.05.2020  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studienleiter

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift UKGM GmbH