Bescheinigung über das Praktische Jahr

(zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

Der / Die Studierende der Medizin

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der / dem unten bezeichneten Klinik / Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung / in der Praxis für .....

.....

Die Ausbildung wurde

☐ in Vollzeit

☐ in Teilzeit mit einem Umfang von …... % der wöchentlichen Ausbildungszeit

durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

von:	bis:

Fehlzeiten:

☐ nein

☐ ja, von: bis:

☐ Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

.....

☐ Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum

.....

..... Siegel / Stempel

.....

.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)