

Bescheinigung über das Praktische Jahr
(zu § 3 Absatz 5, § 10 Absatz 5)

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

☐ Teilzeit mit einem Umfang von % der wöchentlichen Ausbildungszeit

durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

von:

bis:

Fehlzeiten:

☐ nein

☐ ja, von: bis:

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)