Bescheinigung
über das Praktische Jahr

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: _____

☐ Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. 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)