

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Anlage 4 (zu § 3 Abs.5, § 10 Abs.5) - zur ärztlichen ÄApprO

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

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)