

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 in 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 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.

_____, den _____
(Ort)

Siegel oder Stempel

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)