

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)