

**Abteilung Allgemeinmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald KdöR**

**Blockpraktikum  
Allgemeinmedizin**

Adresse des Lehrarztes/der Lehrärztin

\_\_\_\_\_

Anrede

\_\_\_\_\_

Titel, Vorname und Name

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

## **Bestätigung der Absolvierung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben bestätige ich, dass

\_\_\_\_\_

Name des Studenten/der Studentin

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Blockpraktikumszeitraum

in meiner Arztpraxis sein/ihr Blockpraktikum Allgemeinmedizin vollständig absolviert hat.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Lehrarztes/der Lehrärztin

\_\_\_\_\_

Stempel der akademischen Lehrarztpraxis

**Abteilung  
Allgemeinmedizin des  
Instituts für  
Community Medicine**

**Fleischmannstr. 6  
17475 Greifswald  
Tel.: 03834/ 86 22282  
Fax: 03834/ 86 22283**

**E-Mail:  
allgemeinmedizin@  
uni-greifswald.de**