

## 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 \_\_\_\_\_

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

Unterschrift der für die Ausbildung  
verantwortlichen Ärzte

Siegel oder Stempel