

**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 Lehrpraxis

**Abteilung
Allgemeinmedizin des
Instituts für
Community Medicine**

**W.-Rathenau-Str. 11
17475 Greifswald
Tel.: 03834/ 86 22282
Fax: 03834/ 86 22283**

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