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, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis zur Ausbildung bestimmt worden von der **Philipps-Universität Marburg.**

☐ Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum

_____

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte) Siegel/Stempel