



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