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: ……

- ☐ davon wegen Krankheit oder aus wichtigem Grund (durch den/die Studierende/n der Medizin gegenüber dem Landesprüfungsamt nachzuweisen bzw. glaubhaft zu machen)

von: ……..……bis:……

- ☐ Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. 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/Stempel