

## 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 Universität

.....  
 .....

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte

Siegel/Stempel