

## Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus

Die/Der Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

vom _____	bis zum _____	= _____ Kalendertage
--------------	------------------	----------------------

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen. Während dieser Zeit ist die/der Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

beschäftigt worden.

Es wird bestätigt, dass an \_\_\_\_\_ Arbeitstagen tatsächlich famuliert wurde.

<b>Die Ausbildung ist</b>	
<input type="checkbox"/> nicht unterbrochen worden	<input type="checkbox"/> wegen Krankheit unterbrochen worden (bitte ärztliches Attest beilegen)
	vom _____ bis _____

<input type="checkbox"/> § 7 Abs. 3 Nr. 1 ÄAppO Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder geeignete ärztliche Praxis	<input type="checkbox"/> § 7 Abs. 3 Nr. 2 ÄAppO Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> § 7 Abs. 3 Nr. 3 ÄAppO Einrichtung der hausärztlichen Versorgung. <input type="checkbox"/> Es besteht eine durch die Kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes erteilte gültige Zulassung für die hausärztliche Versorgung. <input type="checkbox"/> Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V wird bestätigt.	<input type="checkbox"/> § 7 Abs. 3 Nr. 4 ÄAppO Einrichtung nach § 7 Abs. 3 Nr. 1-3 ÄAppO oder andere geeignete Einrichtung auch des öffentlichen Gesundheitswesens, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden.
---	---	--	---

_____ Ort, Datum	_____ Bezeichnung der Einrichtung (Stempel, bei öffentlicher Dienststelle Siegel)	_____ Unterschrift der/des ausbildenden Ärztin/Arztes)
---------------------	---	---