

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Chirurgie Innere Medizin Wahlfach _____

Die/Der 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 bzw. des öffentlichen Gesundheitswesens oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für

Dauer der Ausbildung	von	bis
Fehlzeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	Bis
Die Ausbildung erfolgte in	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> in Teilzeit mit einem Umfang von ___ % der wöchentlichen Ausbildungszeit

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung bzw. des öffentlichen Gesundheitswesens oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Siegel oder Stempel

Ort, Datum

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)