

**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 auf der Abteilung/in der Praxis für

Dauer der Ausbildung

vom bis

Fehlzeiten:

nein

ja von: bis:

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

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

....., den

.....
(Siegel/Stempel)
(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)