

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Der/Die Studierende der Medizin

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Die Ausbildung wurde in

- Vollzeit
- Teilzeit mit einem Umfang von % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

von:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>
------	----------------------	------	----------------------

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort:	<input type="text"/>	Datum:	<input type="text"/>
------	----------------------	--------	----------------------

Siegel/Stempel

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)