

Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5 sowie § 10 Abs. 4 und 5 ÄAppO)

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

Die Ausbildung wurde in

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

Dauer der Ausbildung

| |
|-----------------------|
| von: _____ bis: _____ |
|-----------------------|

Fehlzeiten:

- nein
 ja von: _____ bis: _____
von: _____ bis: _____
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.

Ort _____ , den _____

Siegel/Stempel

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte