

Certificate of completion of a clinical elective (clerkship) *Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus*

The medical student

Der/die Medizinstudierende _____ ,

_____ ,
Date of birth *Geburtsdatum*

_____ ,
Place of birth *Geburtsort*

after passing Part One of the German National Medical Licensing Examination (M1), was employed as an elective student under my supervision and guidance in the Institute/Department/Service named below *ist nach bestandenerm Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.*

from *von* _____

Date Datum

to *bis* _____

Date Datum

During this time, the student predominantly worked in the field of *Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet beschäftigt worden:*

.....
The elective was not interrupted *Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden*

The elective was interrupted *Die Ausbildung ist unterbrochen worden:*

from *von* _____

to *bis* _____

Place *Ort*

Date *Datum*

(Signature of the supervising physician *Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte)*

(Name of the Institution, seal - for a public institution, otherwise an official stamp *Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Dienststelle Siegel ansonsten Stempel)*

Supplementary to this form, the signatory hereby certifies the nature of the teaching institution *Ergänzend zur Anlage 6 wird von dem/der Unterzeichnenden die Art der Einrichtung bescheinigt:*

outpatient clinic or treatment centre under medical supervision or specialist's clinic/practice for outpatients *Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder einer geeigneten ärztlichen Praxis*

inpatient clinic or facility in a hospital, or an inpatient rehabilitation centre *stationäre Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung*

Institution of general practice (e.g. general practitioner/family doctor, paediatric practice, or medical practice); signatory hereby confirms that he/she is licenced to practice as a physician in primary care / general practice *Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; von dem/der Unterzeichnenden wird bestätigt, dass er/sie zur hausärztlichen Versorgung zugelassen ist.*

