

# 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

Die Ausbildung wurde in

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

Dauer der Ausbildung

von	bis
-----	-----

Fehlzeiten:

- nein
- ja von ..... bis .....

- Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

- Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

....., den .....

Ort Datum

Siegel oder Stempel

.....

.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)