

VORLÄUFIGE BESCHEINIGUNG über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt

Der / die Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat vom _____ bis heute

regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

Die Ausbildung erfolgt auf der Abteilung für _____

Die Ausbildung wird bis zum _____ abgeschlossen sein.

Fehlzeiten:

nein ja vom _____ bis _____

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der

Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden.

Ort, Datum

Siegel oder Stempel

Name der Anstalt

(Unterschrift)