

# 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)