

Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)
Certificat de stage en médecine
Addendum à l'Annexe 6 relative à l'art. 7 4^e
alinéa tiret 2 du Règlement portant sur
l'autorisation d'exercer la médecine (ÄAppO)

Herr/ Frau *Madame/Monsieur*

absolvierte die umseitige Famulatur vom
A effectué un stage en médecine du

bis/ *au*

in einer/ *Au sein*

Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis)/ *d'un établissement de soins ambulatoires, sous la supervision de médecins, ou au sein d'un établissement de soins ambulatoires spécialisés (cabinet spécialisé)*

stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung/ *de l'établissement d'hospitalisation longue durée d'un l'hôpital, ou au sein d'une institution de réhabilitation*

Einrichtung der hausärztlichen Versorgung

(die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes)

d'un établissement de soins de médecine générale

(les soins de médecine générale comprennent notamment l'accompagnement général et spécifique d'un patient dans le cadre du diagnostic et du traitement, avec les connaissances de son environnement familial et domestique)

Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin.

Je confirme par la présente que je travaille au sein de l'établissement de soins de médecine générale.

Ort/ Datum *Lieu/date*

Name und Kontakt (Tel./E-Mail) des ausbildenden Arztes/ *Nom et coordonnées (téléphone, e-mail) du médecin responsable de la formation*

Stempel/Siegel der Einrichtung

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte

Tampon/cachet de l'établissement

Signature du/des médecin/s responsable/s de la formation