

Bescheinigung über das Praktische Jahr
gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5)

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 bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum

Siegel/Stempel**

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

**PJ-Tertiale im Rahmen der innerdeutschen PJ-Mobilität erfordern den Siegel oder Stempel der Klinik. Ggf. reichen Sie später Ihren Buchungsbescheid aus www.PJ-Portal.de oder eine Bestätigung der Annahme im Inland durch die Fakultät ein. Sofern das PJ-Tertial im Ausland absolviert wird, benötigen Sie zu Siegel oder Stempel der Klinik den Fakultätssiegel zwingend.