

**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](http://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.