

VORLÄUFIGE BESCHEINIGUNG

über das Praktische Jahr

Der/die Studierende der Medizin

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

hat vom _____ bis heute 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 wird in

Vollzeit

Teilzeit mit einem Umfang von% der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

Von: _____ bis _____.

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

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

.....
Ort, Datum

Siegel/Stempel

.....
.....
.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)