

Bescheinigung – Certificate¹

über das Praktische Jahr – concerning practical Hospital Training

Die/Der Studierende der Medizin The student of medicine

Name, Vorname – surname, first name:

Geburtsdatum – born:

Geburtsort – in:

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.

has been regularly participating under my supervision in the training taking place at the hospital, ambulatory attendance of patients or medical practice named below.

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung / in der Praxis für The training took place at the Department of / at the medical practice of

.....
.....

Dauer der Ausbildung - Duration of the training

Von – from

bis – to

Fehlzeiten – Interruptions:

nein – no

ja – yes Vom from bis to

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

The hospital, ambulatory attendance of patients or medical practice is a Teaching place of the University

Die Ausbildung ist am einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

The training took place at the Medical School University Hospital.

Ort, Datum place, date

.....
.....

Siegel
Seal

.....
.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)
(Signature of the instructing physicians)

¹ gemäß dem §7 Abs 4 der ÄAppO vom 27. Juni 2002
according to §7 part 4 of ÄAppO from June, 27th 2002