

Bescheinigung - Attestation¹

über das Praktische Jahr – sur la formation pratique dans l'hôpital

Die/Der Studierende der Medizin L' étudiant/étudiante en médecine

Name, Vorname – nom, prénom:

Geburtsdatum – Date de naissance:

Geburtsort – lieu de naissance:

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.

a suivi régulièrement la formation sous ma direction dans la clinique / l'hôpital indiqué(e) ci-après.

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung / in der Praxis für *La formation a eu lieu dans le service de*

.....
.....

Dauer der Ausbildung – *Durée de la formation:*

Von – du

bis – à

Fehlzeiten – *Périodes d'absence:*

nein – non

ja – oui Vom du _____ bis au _____

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität
L'hôpital est autorisé par l'université suivante à former les étudiants

Die Ausbildung ist am einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.
La formation a eu lieu dans un hôpital universitaire.

Ort, Datum – lieu, date

.....
.....

Siegel
sceau

.....
.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)
signature du médecin responsable

¹ gemäß dem §7 Abs 4 der ÄAppO vom 27. Juni 2002
selon §7 al 4 ÄAppO du 27 juin 2002