

## Bescheinigung über das Praktische Jahr

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 Arbeitszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fehlzeiten:  nein

ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bzw. \_\_\_\_\_

- 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.

Siegel oder Stempel

Ort, Datum

Name des für die Ausbildung  
verantwortlichen Arztes  
(in Blockbuchstaben)

Unterschrift des für die Ausbildung  
verantwortlichen Arztes

Bestätigung Studiendekanat  
Stempel Datum, Unterschrift