

Anlage 4

(zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 der ÄApprO)

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 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

.....
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte
(Namen bitte auch in Blockschrift schreiben)

Siegel/Stempel