

Bescheinigung über das Praktische Jahr
Certification of clinical education in the final year

Der / Die Studierende der Medizin
The student of medicine

Name, Vorname:
Surname, First name

Geburtsdatum :
Date of Birth

Geburtsort :
Place of birth

hat / nicht* / 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

has regularly and duly participated in the educational year taking place at the hospital, an ambulatory institution for patients or in the medical practice named below in the department in practice for

.....
.....

Dauer der Ausbildung
Duration of the training period

Von / from:bis / to:.....

Fehlzeiten / interruptions:
() nein / no

() ja / yes von / 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, and/ or other medical facility for patients / medical practice were intended for education by the university

.....

() Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.
The education took part in a clinic of the university

Ort, Datum.

Place, date..... Siegel / Stempel
Seal or stamp

.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte
Signature for the education of the responsible physician)