

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

von	bis
-----	-----

Die Ausbildung ist unterbrochen worden nein

ja von _____ bis _____

.....
Ort, Datum

.....
Name des Krankenhauses

.....
Unterschrift des Leiters des
Pflagedienstes

.....
Siegel oder Stempel