

Anlage 4
(zu § 3 Abs.5, § 10 Abs.5)

**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: _____

Siegel oder Stempel

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte