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 _____

vom bis

Fehlzeiten ☐ nein ☐ ja _____

vom bis

☐ Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

_____

☐ Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Charité durchgeführt worden.

Name des Krankenhauses/der Praxis/der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung

_____

_____

Ort Datum

.....

Unterschrift des für die Ausbildung verantwortlichen Arztes Siegel oder Stempel