

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