

# Certificat concernant la formation pratique à l'hôpital

(dernière année études)

français 2/2010

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt  
(Praktisches Jahr)

**L'étudiant(e) en médecine** \_\_\_\_\_

Die/Der Studierende der Medizin

**né(e) le** \_\_\_\_\_

geboren am

**à** \_\_\_\_\_

in

**a participé(e) régulièrement sous ma surveillance et direction à la formation pratique dans l'hôpital mentionné ci-dessous**

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

\_\_\_\_\_  
(hôpital / Klinik/Krankenanstalt)

**La formation pratique a été effectuée dans le service de**

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

**Durée de la formation**

Dauer der Ausbildung

**du** \_\_\_\_\_

von

**au** \_\_\_\_\_

bis

**Interruptions oui / non**

Unterbrechung: nein  / wenn ja

**du** \_\_\_\_\_

von

**au** \_\_\_\_\_

bis

**L'hôpital où la formation était effectuée est rattachée à l'université de**

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

**La formation était effectuée à l'hôpital universitaire de l'université de**

Die Ausbildung ist am Universitätskrankenhaus der Universität von

\_\_\_\_\_  
durchgeführt worden.

\_\_\_\_\_, **le** - den \_\_\_\_\_  
(ville / Ort)

\_\_\_\_\_  
(date/ Datum)

\_\_\_\_\_  
(nom de l'hôpital)

(Name der Ausbildungsstätte)

(Sceau)

(Stempel)

\_\_\_\_\_  
(signature du Chef de service)

(Unterschrift des zuständigen Ausbildungsarztes)

**Certificat**  
Bestätigung

français 2/2010

**A l'attention du comité d'examen de Médecine et Pharmacie de Rhénanie-Westphalie  
Allemagne**

An das Landesprüfungsamt für Medizin, Psychotherapie und Pharmazie des Landes  
Nordrhein-Westfalen, Deutschland

**Nous certifions que l'étudiant(e) en médecine**

Wir bestätigen hiermit, dass die/der Studierende der Medizin

---

**né(e) le** \_\_\_\_\_ **à** \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**était à égalité avec les étudiants y présents pendant son séjour à**

in Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während ihres/seines Auf-  
enthaltes am

---

**(Hôpital / Université/Faculté)**  
(Krankenanstalt / Universität)

**du** \_\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
gleichgestellt war.

**Elle/lui avait les mêmes droits, devoirs et responsabilités comme les étudiants en  
médecine de l'université/faculté de**

Sie/Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentin-  
nen/en der Universität von

---

\_\_\_\_\_ **le - den** \_\_\_\_\_  
**(Ville / Stadt )** **(date / Datum)**

**Le doyen de la faculté de médecine de**

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität von

---

**(Signature / Unterschrift)**

**Sceau / Stempel**