

**Bescheinigung
über das Praktische Jahr (ÄAppO 2002)**

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, 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 Universität durchgeführt worden.

Name der Klinik

Ort, Datum

Siegel/Stempel

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

* Zutreffendes bitte ankreuzen