

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes von: _____ bis: _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein ja von: _____ bis: _____

Ort, Datum

Siegel oder Stempel

Name des Krankenhauses

Unterschrift der Pflegedienstleitung