# Anlage 4

(zu § 3 Abs.5, § 10 Abs.5) **zur ärztlichen ÄApprO**

**Bescheinigung**

**über das Praktische Jahr**

Der/Die Studierende der Medizin

|  |
| --- |
| Name, Vorname  Geburtsdatum  Geburtsort |

hat regegelmäßig 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

...............................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

Dauer der Ausbildung

|  |
| --- |
| von: bis: |

Fehlzeiten:

ٱ nein

ٱ ja von: bis:

ٱ Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die

ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

ٱ Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum

.....................................................................................................................................................

.......................................................................................................... Siegel/Stempel

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)