# Anlage 4

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

***Document 4***

***(on § 3, section 5, § 10, section 5)*** ) – zur ärztlichen ÄApprO

Bescheinigung

über das Praktische Jahr

***Attestation***

***on the Practical Year Traineeship***

Der/Die Studierende der Medizin

***In accordance with the requirements, the medical student***

|  |
| --- |
| Name, Vorname***Family Name, First Name***Geburtsdatum***Date of Birth***Geburtsort***Place of Birth*** |

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

***has taken part regularly in the training conducted by the clinic or hospital, the health centre for outpatients or the doctor´s surgery under my supervision named below. The training took place in the department/ in the surgery for***

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

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

Dauer der Ausbildung

***The training lasted***

|  |
| --- |
| von: bis:***from: to:*** |

Fehlzeiten:

***Absences:***

ٱ nein

 ***none***

ٱ ja von: bis:

 ***yes: from: until:***

ٱ Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

***The hospital, health centre for outpatients or doctor´s surgery is accredited as a trainee centre by the University of***

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

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

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

 ***The training took place under the aegis of a university hospital.***

Ort, Datum

***Place, date***

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

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

……………………………………………………………………………………………. ***seal/stamp***

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

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

***(Signatures of the doctors responsible for the training)***