

Bescheinigung über das Praktische Jahr ÄAppO

Die/Der 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

Dauer der Ausbildung	von	bis
Fehlzeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis

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

--

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

Siegel oder Stempel

 Ort, Datum

 (Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)