

Bescheinigung über das Praktische Jahr
Certification of clinical education in the final year

Der/Die Studierende der Medizin,
The student of medicine,

Name: Surname	Vorname: First name
Geburtsort: Place of birth	Geburtsdatum: Date of Birth

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für

has been regularly and duly participating in the training held at the hospital/ outpatient department/ medical practice named below.

The training took place in the department/ in the practice

Die Ausbildung wurde in / The training was carried out

- Vollzeit / full-time
 Teilzeit / part-time

mit einem Umfang von / representing % der wöchentlichen
Ausbildungszeit durchgeführt / oft thee weekly trainig time.

Dauer der Ausbildung
Duration of the training

Von / from:	bis / to:
-------------	-----------

Fehlzeiten / absences: nein / no

- ja /yes, von/from: bis / to:

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

The hospital/ outpatient department/ medical practice has been appointed for training by the following university

- Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.
The training took place in a university hospital.

Ort / Place:	Datum / Date:
--------------	---------------

Siegel/Stempel
seal / stamp

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)
(Signature of physicians in responsible for training)