

**Anlage 4**

(zu § 3 Abs.5, § 10 Abs.5)

**Bescheinigung  
über das Praktische Jahr**

Der / Die 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Ausbildung wurde in

Vollzeit

Teilzeit mit einem Umfang von \_\_\_\_% der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung:

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Fehlzeiten:

nein

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Siegel oder Stempel

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte