

**Certificate of education as a medical student at a hospital/**  
**Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt**  
**(gemäß Anlage 5 zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)**

The medical student / Der / Die Studierende der Medizin

name / Name: \_\_\_\_\_

surname / Vorname \_\_\_\_\_

date of birth / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

place of birth / Geburtsort: \_\_\_\_\_

has regularly participated in the education under my supervision in the hospital  
named below /

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten  
Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

The education was carried out at a department of / \_\_\_\_\_  
Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Period of education from / \_\_\_\_\_ to / \_\_\_\_\_  
Dauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Time of absence / Fehlzeiten

no / nein       yes / ja      from / von \_\_\_\_\_ to / bis \_\_\_\_\_

The hospital is authorized to educate by the university of /  
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule  
\_\_\_\_\_

The education was performed at a hospital of the university /  
Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden

place / Ort: \_\_\_\_\_ date/ Datum: \_\_\_\_\_

name of hospital / \_\_\_\_\_

Name der Krankenanstalt

Signature of the responsible teacher / \_\_\_\_\_

Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft

\_\_\_\_\_  
seal or stamp / Siegel oder Stempel

---

Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein  
Landesprüfungsamt  
Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel  
Tel. (0431) 988-0, Telefax (0431) 988-5601, Besuchszeit: Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr