

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