

Certificado de la formación práctica en un hospital/
Bescheinigung über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(gemäß Anlage 5 zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)

El / La étudiant/e de medicina / Der / Die Studierende der Medizin

Apellido / Name: _____

Nombre / Vorname _____

Fecha de nacimiento / Geburtsdatum: _____

Lugar de nacimiento / Geburtsort: _____

ha participado bajo mi supervisión regularmente en la instrucción práctica en el siguiente hospital /

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

La formación tuvo lugar en la sección de / _____

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für

Duración de la práctica del / _____ al / _____

Dauer der Ausbildung von _____ bis

Se ha interrumpida la práctica / Fehlzeiten

no/ nein si / ja del / von _____ al / bis _____

El hospital esta autorizado por la universidad para impartir educación práctica /
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule

La práctica se realizó en un hospital universitario /
Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden

Lugar / Ort: _____ Fecha / Datum: _____

Nombre del hospital / _____

Name der Krankenanstalt

Firma del medico a cargo/ _____

Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft

Sello del hospital / 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