

Bescheinigung
über das Praktische Jahr
Attestation
on the Practical Year Traineeship

Der/Die Studierende der Medizin
In accordance with the requirements, the medical student

Name, Vorname

Family Name, First Name

Geburtsdatum

Date of Birth

Geburtsort

Place of Birth

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

has taken part regularly in the training conducted by the clinic or hospital, the health centre for outpatients or the doctor's surgery under my supervision named below. The training took place in the department/ in the surgery for

Dauer der Ausbildung

The training lasted

von:

from:

bis:

to:

Fehlzeiten:

Absences:

nein
none

ja von: bis:
yes: from: until:

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität
The hospital, health centre for outpatients or doctor's surgery is accredited as a trainee centre by the University of

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.
The training took place under the aegis of a university hospital.

Ort, Datum

Place, date

Siegel/Stempel
seal/stamp

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)
(Signatures of the doctors responsible for the training)