

Anlage 5
(zu § 6 Abs. 4 Satz 2)

**Zeugnis
über den Krankenpflagedienst**

Name, Vorname
Geburtsdatum
Geburtsort

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

von:	bis:
------	------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja von: bis:

Ort, Datum

.....

Siegel
oder Stempel

Name des Krankenhauses

.....

.....

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes)