

Anlage 5  
(zu § 6 Abs. 4 Satz 2)  
**Appendix 5**  
**(on § 6 Sect. 4 S. 2)**

Zeugnis  
über den Krankenpflagedienst  
**Attestation for Nursing Service**

Name, Vorname/	<b>Surname, First Name:</b>
Geburtsdatum/	<b>Date of Birth:</b>
Geburtsort/	<b>Place of Birth:</b>

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

**-in accordance with the requirements of his/ her medical training- has fulfilled the prescribed nursing service for which I am responsible at the hospital named below.**

Dauer des Krankenpflagedienstes/  
**Duration of the nursing service**

von: <b>from:</b>	bis: <b>until:</b>
----------------------	-----------------------

Die Ausbildung ist unterbrochen worden/  
**The training was interrupted**

nein  
**no**

ja  
**yes**      von: **from:**      bis: **until:**

Ort, Datum/  
**place, date**

.....

Siegel  
oder Stempel/  
**seal or stamp**

Name des Krankenhauses/ **Name of the hospital:**

.....  
.....  
.....  
.....

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes)/  
**(signature of the head of the nursing staff)**