

Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula

gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

**Attestato di internato ospedaliero per studenti/studentesse di Medicina e
Chirurgia**

secondo l'Allegato 6 (§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / Lo/la studente/-essa di medicina

_____ ,

geboren am / nato/-a il _____ in / a _____ ,

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung - dopo aver superato la prima parte
delle prove per l'esame di laurea in Medicina e Chirurgia, ha svolto

vom / dal _____ bis zum / al _____ in der unten bezeichneten
Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig
gewesen. / il periodo di internato nella struttura sotto indicata e sotto la mia sorveglianza e direzione

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / Durante
questo periodo lo/la studente/-essa ha svolto principalmente attività del settore

_____ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / Il periodo di tirocinio

- unterbrochen worden vom / è stato interrotto dal _____
bis zum / al _____ .
- nicht unterbrochen worden / non è stato interrotto.

Ort / Città _____ , den / li _____

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / Denominazione
della struttura, sigillo in caso di istituzione pubblica, altrimenti timbro)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / Firma del medico/dei medici responsabile/i del
tirocinio)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen-
- si prega di compilare anche Pagina 2 -

Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)
Integrazione all'Allegato 6
§ 7 comma 4 cpv. 2 ÄAppO
(Attestato di internato ospedaliero per studenti/-esse di Medicina e Chirurgia)

**Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / A
integrazione dell'attestato allegato/alla pagina precedente "Attestato di internato ospedaliero per
studenti/-esse di Medicina e Chirurgia"**

von Herrn / Frau / del Sig. / della Sig.ra _____

über die Tätigkeit vom / in merito all'attività svolta dal _____ bis / al _____

wird mitgeteilt: / si comunica quanto segue:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer / Lo/La studente/-essa ha concluso il periodo di internato in

- Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / una struttura sanitaria ambulatoriale diretta da medici ovvero in una struttura sanitaria ambulatoriale specialistica (studio medico specialistico)
- stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung /una struttura sanitaria di ricovero dell'ospedale ovvero in una struttura di riabilitazione con ricovero
- Einrichtung der hausärztlichen Versorgung (z.B. Hausarztpraxis, Kinderarztpraxis, hausärztliche Internisten; / una struttura sanitaria di base (ad es. ambulatorio di medico di base, ambulatorio di pediatra, internista di medicina generale; die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes) / l'assistenza medica di base comprende in particolare un servizio assistenziale generale e continuo nel tempo di un paziente, in termini di diagnostica e terapia, con informazioni sulla sua situazione familiare e domestica). Hiermit bestätige ich, dass ich danach in der hausärztlichen Versorgung tätig bin. / Con la presente confermo di esercitare la mia professione nell'ambito dell'assistenza medica di base.
- Die / der Studierende absolvierte ihre / seine Famulatur in einer anderen geeigneten Einrichtung, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden, z. B. die des öffentlichen Gesundheitswesens (eine ausführliche Tätigkeits- und Einrichtungsbeschreibung muss beigelegt werden) / Lo studente/la studentessa ha svolto il suo tirocinio in un'altra struttura idonea, ad esempio in una appartenente alla sanità pubblica (deve essere allegata una descrizione dettagliata delle attività svolte e della struttura).

Ort, Datum / Città, data

Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes
Nome e contatto (tel. / e-mail) del medico responsabile del tirocinio

Stempel/Siegel der Einrichtung
Timbro/sigillo della struttura

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte
Firma del medico/dei medici responsabile/i del tirocinio