

Bescheinigung über das Praktische Jahr
gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

Certificate concerning the year of practical training

according to annex 4 (§3, sub-section 5, ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin – *The Medical Student*

Name, Vorname – *Surname, 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 durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

/ has participated regularly and properly in the training which took place under my supervision in the clinic / hospital or emergency unit stated below.

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in für / *The training took place in the department of*

Dauer der Ausbildung – *Duration of the training*

Von – *from* _____ bis – *until* _____

Fehlzeiten - *Absences*

nein - *no*

ja von – *yes from* _____ bis – *until* _____

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *The hospital, clinic or emergency unit has been designated as an official teaching establishment by the University of:*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *The training took place at a recognized training hospital of the University.*

Ort – *Name of Institution* _____ den – *date* _____

Siegel/Stempel - *Seal/stamp*

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte / *Signatures of the physicians responsible for the training*