

# Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5 sowie § 10 Abs. 4 und 5 ÄApprO)

Der/Die Studierende der Medizin

---

---

Name, Vorname

---

---

Geburtsdatum

Geburtsort

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

---

---

Die Ausbildung wurde in

Vollzeit

Teilzeit mit einem Umfang von  % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

vom

bis

Fehlzeiten

nein

ja

vom

bis

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

---

---

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Charité durchgeführt worden.

Name des Krankenhauses/der Praxis/der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung

---

---

---

---

Ort/Datum

Siegel oder Stempel

.....  
Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte

---

August 2021