

**Bescheinigung über die praktische Ausbildung in einem Krankenhaus**

*Certification of practical training at a hospital*

gemäß Anlage 5 (zu § 3 Abs. 5 ÄApprO)

Der/Die Studierende der Medizin / *The medical student*

.....  
Name, Vorname / *surname, first name*

.....  
Geburtsdatum / *date of birth*

.....  
Geburtsort / *place of birth*

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung durchgeführten Ausbildung teilgenommen. / *was a full-time student under my supervision at the hospital mentioned below.*

Name des Krankenhauses / *name of hospital:* .....

Name der Abteilung / *name of division/department:* .....

Anzahl der Betten / *number of beds at division/department:* .....

Dauer der Ausbildung / *duration of training:* .....

von / *from*

bis / *until*

Fehlzeiten / *absences:*  nein / *none*  ja / *yes* .....

von / *from*

bis / *until*

Das Krankenhaus ist von der Hochschule zur Ausbildung bestimmt worden. /  
*Our hospital is designated as a training hospital by the university mentioned below.*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Hochschule durchgeführt worden. /  
*This training was carried out at the university hospital.*

Name der Universität / *name of university:* .....

.....  
Unterschrift des ausbildenden Arztes

*Signature of physician in charge*

Siegel oder Stempel / *seal oder stamp*

Der/Die Studierende war nicht immatrikuliert an oben bezeichneter Hochschule, aber er/sie hatte die gleichen Rechte und Verantwortlichkeiten wie unsere Studenten erhalten.

*The student was not enrolled in the university mentioned above, but had the same rights and responsibilities as students from our university.*

.....  
Ort, Datum / *place, date*

.....  
Unterschrift / *signature*

Siegel oder Stempel der Stelle der **Universität**, die für die Immatrikulation zuständig ist /

*Seal or stamp of universitarian authority responsible for matriculation / registration*