

# 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*

\_\_\_\_\_

Fachrichtung / *Branch of Study*

\_\_\_\_\_

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 der Einrichtung / *seal oder stamp of institution*

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 university authority responsible for*

*matriculation / registration*