

Bescheinigung über die praktische Ausbildung in einem Krankenhaus

Certificat de l'instruction pratique à l'hôpital

gemäß Anlage 5 (zu § 3 Abs. 5 ÄApprO)

Der/Die Studierende der Medizin / *L'étudiant/e de médecine*

Name, Vorname / *nom, prénom*

Geburtsdatum / *date de naissance*

Geburtsort / *lieu de naissance*

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte in der Fachrichtung
a participé(e) régulièrement sous ma direction à la formation à l'hôpital à dessous. La formation a été dispensée dans la spécialité suivante

Anzahl der Betten / *quantité des lits dans la section* _____

Dauer der Ausbildung / *durée de la formation* _____
von / *de* _____ bis / *à* _____

Fehlzeiten / *absence* nein / *non* ja / *oui* _____
von / *de* _____ bis / *à* _____

Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule /
L'hôpital est autorisé à la formation par l'université de

Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden /
La formation a été exécuté à l'hôpital de l'université de

Name der Anstalt / *nom de l'hôpital* _____

Unterschrift des ausbildenden Arztes
signature du médecin formateur

Siegel oder Stempel der Einrichtung / *cachet de la institution*

Der/Die Studierende war nicht immatrikuliert an oben bezeichneter Hochschule, aber er/sie hatte die gleichen Rechte und Verantwortlichkeiten wie unsere Studenten erhalten.
L'étudiant/e n'était pas immatriculé(e) à l'université marqué/e à dessus, mais il/elle avait les même droits et même responsabilités que les étudiants de notre université.

Ort, Datum / *lieu, date*

Unterschrift / *signature*

Siegel oder Stempel der Stelle der **Universität**,
die für die Immatrikulation zuständig ist/
*Sceau ou cachet de l'autorité de l'université
responsable de l'immatriculation*