Zeugnis
über die Tätigkeit als Famulus/
Certificate concerning Practical Medical Experience

Der / die Studierende der Medizin / The Student of Medicine

geboren am / born _____ in / in _____

☐ ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung / has, after passing the first section of the medical examination or

☐ ab dem Zeitpunkt der Bestätigung der Berechtigung zum Ableisten der Famulatur nach § 7 der Approbationsordnung für Ärzte/ from the date of confirmation of authorisation to complete the clinical traineeship in accordance with § 7 of the Licensing Regulations for Physicians

vom / from _____ bis / to _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen/ has worked as a trainee doctor in the institution named below under my supervision and direction.

Während dieser Zeit ist der / die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf folgendem Gebiet beschäftigt worden: / During this time the student has mainly been involved with activities in the domain of:

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / The training has been interrupted:

☐ nein / no ☐ ja / yes vom / from _____ bis / to _____

Ambulant	**Stationär**	**Hausärztliche Versorgung**	**Wahlfamulatur**
☐ § 7 Abs. 3 Nr. 1 ÄApprO	☐ § 7 Abs. 3 Nr. 2 ÄApprO	☐ § 7 Abs. 3 Nr. 3 ÄApprO	☐ § 7 Abs. 3 Nr. 4 ÄApprO
Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder geeignete ärztliche Praxis	Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung	Einrichtung der hausärztlichen Versorgung. ☐ Es besteht eine durch die Kassenärztliche Vereinigung des jeweiligen Bundeslandes erteilte gültige Zulassung für die hausärztliche Versorgung. ☐ Die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V wird bestätigt.	Einrichtung nach § 7 Abs. 3 Nr. 1-3 ÄApprO oder andere geeignete Einrichtung auch des öffentlichen Gesundheitswesens, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden.

_____

Ort, Datum / Place, Date
(Ausstellungsdatum frühestens am letzten Tag der Famulatur/
Date of issue at the earliest on the last day of the clinical traineeship)

Siegel oder Stempel
Seal (in case of Public institution) or Stamp

_____

Bezeichnung der Einrichtung
Specification of the institution

_____

Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte
Signature of the instructing physician