

Zeugnis / Certificate

über den / concerning

Krankenpflegedienst / nursing service

(Anlage 5 zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄApprO)

Name: Vorname:
Surname: *First name:*

Geburtsdatum: Geburtsort:
Date of birth: *Place of birth:*

hat im Rahmen der **ärztlichen Ausbildung** in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst abgeleistet.
has accomplished nursing service as part of medical training at the following hospital under my supervision.

Dauer des Krankenpflegedienstes:
Duration of nursing service: vom/ from bis/ to

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

nein/ no

ja/ yes vom/ from bis/ to

.....
 Ort, Datum
Place, Date

Siegel oder Stempel
 Seal or Stamp

.....
 Name des Krankenhauses
 Name of hospital

.....
 Unterschrift des Leiters des Krankenpflegedienstes
 Signature of head of nursing service