

Anhang 1

**BESCHEINIGUNG
ÜBER DIE PRAKTISCHE AUSBILDUNG IN DER KRANKENANSTALT**

Anlage nach § 3 Abs. 5 Approbationsordnung für Ärzte

Der/ Die Studierende der Medizin

Name/ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis durchgeführten Ausbildung teilgenommen. **Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für**

Dauer der Ausbildung:

von _____ bis _____

Fehlzeiten:

nein ja von _____ bis _____

Angaben zur Klinik / Krankenanstalt:

Die Krankenanstalt ist von folgender Hochschule zur Ausbildung bestimmt worden:

Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden.

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes, unter dessen Leitung
die Ausbildung durchgeführt wurde

Siegel

Stempel der Einrichtung

(bei öffentlicher Einrichtung Siegel)