

# Zeugnis über den Krankenpflagedienst

(nach Anlage 5 der Ärztlichen Approbationsordnung)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)  
Postfach 90 02 36  
14438 Potsdam

Kontakt:  
Dezernat G1  
[G1@lavg.brandenburg.de](mailto:G1@lavg.brandenburg.de)

Eingangsvermerk des LAVG

Name, Vorname

Geboren am:

Geburtsort:

Hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes

vom:

bis:

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja

vom:

bis:

Name des Krankenhauses:

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegedienstleitung

Siegel oder Stempel

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.

Stand: März 2022