

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

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

Die Ausbildung wurde in Vollzeit
 Teilzeit mit einem Umfang von ___% der wöchentlichen Ausbildungszeit
durchgeführt.

Dauer der Ausbildung _____
vom bis

Fehlzeiten nein ja _____ / _____
vom bis

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist
Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane
durchgeführt worden.

Name des Krankenhauses/der Praxis/der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung

Ort, Datum

.....
Unterschrift des für die Ausbildung verantwortlichen Arztes / Siegel oder Stempel