

Certificate concerning medical clerkship

Famulaturzeugnis gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄApprO)



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:

Dezernat G1

LPA@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

The medical student (*Die / Der Studierende der Medizin*)

Surname (*Familiennamen*)

First name(s) (*Vorname/n*)

Date of birth (*Geburtsdatum*)

Place of birth (*Geburtsort*)

having successfully passed his / her preclinical examination or proved entrance requirements to medical clerkship (when completing the model education programme in human medicine at the **Brandenburgische Hochschule Brandenburg**) underwent medical clerkship (*ist nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. dem Nachweis der Famulaturreife (bei Absolvierung des Brandenburger Modellstudienganges Medizin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg)*)

from (*von*) to (*bis*)

under my supervision in the institution stated below.

(*in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.*)

During this time, the student predominantly worked in the field of

(*Während dieser Zeit ist der / die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet beschäftigt worden:*)

The training was not interrupted. (*Die Ausbildung ist nicht unterbrochen worden.*)

The training was interrupted. (*Die Ausbildung ist unterbrochen worden.*)

from (*von*)

to (*bis*)

from (*von*)

to (*bis*)

The medical clerkship was completed in (*Der Famulaturabschnitt wurde in*)

an outpatient department/ambulatory healthcare center/community health centre managed by a physician, or an appropriate medical practice (*einer Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer geeigneten ärztlichen Praxis*)

a hospital, or rehabilitation centre (inpatient treatment) (*ein Krankenhaus oder eine stationäre Rehabilitationseinrichtung*)

Place (*Ort*)

Date (*Datum*)

Signature of the physician responsible for training

(*Unterschrift der ausbildenden Ärztin/des ausbildenden Arztes*)

Name of the institution; seal/stamp

(*Bezeichnung der Einrichtung/Stempel, bei öffentlicher Stelle Siegel*)

You can access the data [protection declaration](#) and the information regarding the General Data Protection Regulation ([GDPR/ DSGVO](#)) when filling in forms of the LAVG online through the indicated links.

Stand: März 2022