

# Bescheinigung über die praktische Ausbildung in einem Krankenhaus

*Certification of practical training at a hospital gemäß Anlage 5 (zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)*

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname / *surname, first name*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / *date of birth* | Geburtsort / *place of birth*

hat regelmäßig an der unter meiner Leitung durchgeführten Ausbildung teilgenommen.  
*was a full-time student under my supervision at the hospital mentioned below.*

Name des Krankenhauses / *name of hospital*: \_\_\_\_\_

Name der Abteilung / *name of division/department*: \_\_\_\_\_

Anzahl der Betten / *number of beds at division/department* : \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung / *duration of training*: \_\_\_\_\_

von / *from bis / until*

Fehlzeiten / *absences*:     nein / *none*                       ja / *yes* . \_\_\_\_\_

von / *from bis / until*

Das Krankenhaus ist von der Hochschule zur Ausbildung bestimmt worden. /  
*Our hospital is designated as a training hospital by the university mentioned below.*

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Hochschule durchgeführt worden. /  
*This training was carried out at the university hospital.*

\_\_\_\_\_  
Name der Universität / *name of university*

.....  
Unterschrift des ausbildenden Arztes /  
*Signature of physician in charge*

Siegel oder Stempel /  
Seal oder stamp

Der/Die Studierende war nicht immatrikuliert an oben bezeichneter Hochschule, aber er/sie hatte die gleichen Rechte und Verantwortlichkeiten wie unsere Studenten erhalten.  
*The student was not enrolled in the university mentioned above, but had the same rights and responsibilities as students from our university.*

.....  
Ort, Datum / *place, date*

.....  
Unterschrift /  
*signature*

Siegel oder Stempel der Stelle der Universität, die für die Immatrikulation zuständig ist/  
*Seal or stamp of universitarian authority responsible for matriculation / registration*