

Certificate concerning nursing service

Zeugnis über den Krankenpflagedienst
gemäß Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄpprO)



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*)

has done nursing service as part of her / his medical education under my supervision in the hospital (or inpatient rehabilitation centre with comparable care requirements) stated below. (hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.)

Duration of nursing service (Dauer des Krankenpflagedienstes)

from (*von*)

to (*bis*)

The nursing service was interrupted. (Die Ausbildung ist unterbrochen worden.)

no (*nein*)

yes (*ja*) from (*von*)

to (*bis*)

from (*von*)

to (*bis*)

Name of the hospital / inpatient rehabilitation
centre: (*Name des Krankenhauses*)

Place (*Ort*)

Date (*Datum*)

Signature of the head of nursing service
(Unterschrift der Pflegedienstleitung)

seal or stamp
(Siegel oder Stempel)

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