LAND BRANDENBURG

LAVG

Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit
Dezernat G6, Landesprüfungsamt
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Posteingangsvermerk

## 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 durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

**Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung / in der Praxis für:**

**Die Ausbildung wurde in**

☐ Vollzeit durchgeführt.

☐ Teilzeit mit Umfang von % der wöchentlichen Arbeitszeit durchgeführt.

**Dauer der Ausbildung:** von: bis:

**Fehlzeiten:**

☐ nein

☐ ja von: bis:

☐ davon wegen Krankheit oder aus wichtigem Grund (durch den / die Studierende/n der Medizin gegenüber dem Landesprüfungsamt nachzuweisen bzw. glaubhaft zu machen)

von: 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 Universität durchgeführt worden.

Ort, Datum Siegel / Stempel Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte

*Sie können online unter folgenden Links die Datenschutzerklärung und die Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG abrufen.