

Humanmedizin

PJ

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Anlage 4 zur ÄApprO



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Dezernat G6
Landesprüfungsamt für Akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G6
LPA@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Der / Die Studierende der Medizin

Name, Vorname(n)

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

Teilzeit mit einem Umfang von _____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

von _____ bis _____

Fehlzeiten:

nein

ja 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.