

Zeugnis
über den Krankenpflagedienst
im Rahmen der ärztlichen Ausbildung

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

Dauer des Krankenpflagedienstes:

vom: bis:

Die Ausbildung ist unterbrochen worden

nein

ja, vom: bis:

Name des Krankenhauses:
.....

Siegel oder Stempel

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Pflegedienstleitung