

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Die/Der 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 in der Abteilung/in der Praxis für

_____ .

Die Ausbildung wurde in

Vollzeit

Teilzeit mit einem Umfang von _____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit

durchgeführt.

Dauer des Tertials

von: _____ bis: _____

Fehlzeiten:

nein

ja von : _____ bis: _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. von der Medizinischen Hochschule Hannover zur Ausbildung bestimmt worden.

oder

Die Ausbildung ist an einer Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt worden.

Ort, Datum

Siegel/Stempel
Krankenhaus/Klinik

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)

Ort, Datum

(Unterschrift PJ-Büro)

Siegel/Stempel
PJ-Büro der
Medizinischen Hochschule Hannover