

## 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)