

Bescheinigung/Attestation¹

über das Praktische Jahr/sur la formation pratique dans l'hôpital

Die/Der Studierende der Medizin/L'étudiant/étudiante en médecine

Name, Vorname/**Nom, prénom** _____

Geburtsdatum/**Date de naissance** _____

Geburtsort/**Lieu de naissance** _____

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./a suivi régulièrement la formation sous ma direction dans la clinique / l'hôpital indiqué(e) ci-après.

Die Ausbildung erfolgte in der Abteilung/in der Praxis für /La formation a eu lieu dans le service de

Die Ausbildung wurde in Vollzeit / Teilzeit mit einem Umfang von _____ % der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt./La formation a été réalisée à temps plein / à temps partiel dans _____ % de la période de formation hebdomadaire.

Dauer der Ausbildung/**Durée de la formation**

von/du: _____ bis/à: _____

Fehlzeiten/**Périodes d'absence**

nein/non

ja/oui von/du : _____ bis/à: _____

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität/ L'hôpital, le cabinet médical ou l'établissement de soins ambulatoires est un hôpital d'enseignement, un cabinet d'enseignement ou un établissement de formation désigné par l'Université _____

ou

Die Ausbildung ist an einer Klinik der Universität durchgeführt worden./La formation a eu lieu dans un hôpital universitaire.

Ort, Datum/**Lieu, date**

Siegel der Klinik/
Sceau de la clinique

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)/(Signature du médecins responsables)

Ort, Datum/**Lieu, date**

_____ (Unterschrift PJ-Büro/Signature Bureau AP)

Siegel/Sceau

PJ Büro Medizinische Hochschule Hannover/
Bureau AP Faculté de médecine de Hanovre

¹ gemäß § 7 Abs 4 der ÄAppO vom 27. Juni 2002
selon §7 al 4 ÄAppO du 27 juin 2002