

## Certificate / *Bescheinigung*

### of education as a medical student at a hospital *über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt*

The medical student / *Der/Die Studierende der Medizin*

name / *Name*: \_\_\_\_\_

birth / *Geburtsdatum*: \_\_\_\_\_

place of birth / *Geburtsort*: \_\_\_\_\_

has regularly and according to the rules participated in the education under my supervision in the hospital named below  
*hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.*

The education was carried out at a department of \_\_\_\_\_  
*Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für*

Period of education from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
*Dauer der Ausbildung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_*

Time of absence  no  yes: from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
*Fehlzeit nein ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_*

The hospital is authorized to educate by the university of \_\_\_\_\_  
*Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule*

The education was performed at a hospital of the university.  
*Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden.*

place / *Ort* \_\_\_\_\_ date / *Datum* \_\_\_\_\_

name of hospital: \_\_\_\_\_  
*Name der Krankenanstalt*

Signature of the responsible lecturer: \_\_\_\_\_  
*Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft*

seal or stamp / *Siegel oder Stempel*