

Certificado de la formación práctica en un hospital

*Bescheinigung
über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt
(gemäß Anlage 5 zu § 3 Abs. 5 ÄAppO)*

El/La estudiante de medicina
Der Studierende der Medizin

Apellido, Nombre: _____
Name, Vorname

Fecha de nacimiento: _____
Geburtsdatum

Lugar de nacimiento: _____
Geburtsort

ha participado bajo mi supervisión regularmente y conforme a las reglas en la instrucción práctica en el siguiente hospital. La formación tuvo lugar en la sección de

_____ *hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der unten bezeichne ten Klinik/Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für*

Duración de la práctica del: _____ al: _____
Dauer der Ausbildung von bis

Se ha interrumpida la práctica
Fehlzeiten

no si del: _____ al: _____
nein ja von bis

El Hospital esta autorizado por la universidad para impartir educación práctica
Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Hochschule

La práctica se realizó en un hospital universitario
Die Ausbildung ist an einer Krankenanstalt der Hochschule durchgeführt worden

Lugar, Fecha
Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Lehrkraft

Nombre del hospital
Name der Anstalt

Sello del Hospital
Siegel oder Stempel