

## **CERTIFICATION**

*concerning practical hospital training (final year)  
(according to annex 4 (to §3, Paragraph 5, §10, Paragraph 5, ÄAppO))*

## **BESCHEINIGUNG**

*über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (Praktisches Jahr)  
(gemäß Anlage 4 (zu §3 Abs.5, §10, Abs.5, ÄAppO))*

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

\_\_\_\_\_  
*Surname, first name - Name, Vorname*

*Born – geboren am* \_\_\_\_\_ *at – in* \_\_\_\_\_

*has regularly participated under my supervision and guidance in the practical training taking place at the hospital named below.*

*hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.*

*The practical training has taken place at the Department of*  
*Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung für*

\_\_\_\_\_  
*Duration of training*                      *from*                                              *to*  
*Dauer der Ausbildung*                      *von* \_\_\_\_\_                                              *bis* \_\_\_\_\_

*Fehlzeiten – Interruptions*

*no – nein*

*yes – ja*                                              *from*                                              *to*  
*von* \_\_\_\_\_                                              *bis* \_\_\_\_\_

*The hospital the training has been located in is Teaching hospital of the Medical Faculty of the University of*

*Die Krankenanstalt ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität*

\_\_\_\_\_  
 *The training took place at the Medical School University Hospital of*  
*Die Ausbildung ist am Krankenhaus der Universität von*

\_\_\_\_\_  
*durchgeführt worden.*

\_\_\_\_\_ *the / den* \_\_\_\_\_  
*Location - Ort*                                              *date – Datum*

*seal - Stempel*

\_\_\_\_\_  
*Signature of the competent medical superintendent – Unterschrift des zuständigen Chefarztes*