

# Bescheinigung über das Praktische Jahr

gemäß Anlage 4 (zu § 3 Abs. 5, § 10 Abs. 5 ÄAppO)

## Certificate concerning the year of practical training

according to annex 4 (§3, sub-section 5, ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin – *The Medical Student*

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

Geburtsdatum – *Date of birth* \_\_\_\_\_

Geburtsort – *Place of birth* \_\_\_\_\_

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. / *has participated regularly and properly in the training which took place under my supervision in the clinic / hospital, emergency unit or general medical practice stated below.*

Die Ausbildung erfolgte auf der Abteilung/in der Praxis für / *The training took place in the department of / at the general medical practice for* \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung – *Duration of the training*

Von – *from* \_\_\_\_\_ bis – *until* \_\_\_\_\_

Fehlzeiten - *Absences*

nein - *no*

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

Das Krankenhaus bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder die ärztliche Praxis ist zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität / *The hospital, clinic, emergency unit or general medical practice is a teaching establishment of the University of:*

\_\_\_\_\_

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden. / *The training took place at a recognized training hospital of the University.*

Ort – *Name of Institution* \_\_\_\_\_ den – *date* \_\_\_\_\_

Siegel/Stempel - *Seal/stamp*

Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte / *Signatures of the physicians responsible for the training*

Dieses Schreiben wurde von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer der Landessprache erstellt.  
Medizinisches Dekanat der LMU