

Famulaturzeugnis
Certificate concerning practical clinical elective

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Der/Die Studierende der Medizin - The Student of Medicine

Name, Vorname - name, first name:	
Geburtsdatum - date of birth:	
Geburtsort - birthplace:	

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen –
gathered experience in the following institution under my supervision and guidance as a medical trainee after he/she passed the examination in Pre-clinical Studies successfully.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet beschäftigt worden –
During this time the student has mainly been involved with activities in the field of:

Dauer der Ausbildung – period of training

vom - from _____ bis – to _____

Fehlzeiten – missing time

ja – yes vom - from _____ bis – to _____

nein - no

Siegel - Seal
(in case of Public institution)

Ort, Datum – place, date

Einrichtung – Specification of the institution
physician

Unterschrift – Signature of the instructing
physician