

Zeugnis über den Krankenpflagedienst

gemäß Anlage 5 (zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Certificate about practical nursing

According to Annex 5 (§ 6 sub-section 4 Sentence 2 ÄAppO)

Name, Vorname / *Surname, first name* _____

Geburtsdatum / *Date of birth* _____

Geburtsort / *Place of birth* _____

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet. / *has done his/her practical nursing under my supervision in the institute stated below.*

Dauer des Krankenpflagedienstes / *Duration of the practical nursing*

Von / *from* _____ bis / *until* _____

Die Ausbildung ist unterbrochen worden / *The practical nursing was interrupted:*

nein / *no*

ja von / *yes, from* _____ bis / *until* _____

Ort / *Location* _____, den / *Date* _____

Siegel/Stempel / *Seal/stamp*

Name des Krankenhauses / *Name of the hospital*

(Unterschrift des Leiters des Pflegedienstes / *Signature of the nursing supervisor*)