

Nursing Care Record
Zeugnis über den Krankenpflagedienst

Surname, Given name _____
Name, Vorname

Date of birth _____ Place of birth _____
Geburtstag Geburtsort

was in nursing service under my supervision as part of his/her professional medical training.
hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung Krankenpflagedienst geleistet.

This nursing service took place from _____ until _____
Dauer des Krankenpflagedienstes von _____ bis _____

The training was interrupted
Die Ausbildung ist unterbrochen worden.

no yes from _____ until _____
nein ja von bis

Place, date
Ort, Datum

Official seal or stamp
Siegel oder Stempel

Name of hospital
Name des Krankenhauses

Signature from the head of nursing care division
Unterschrift der Pflegedienstleitung

Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit des Landes Schleswig-Holstein
Landesprüfungsamt
Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel
Tel. (0431) 988-0, Telefax (0431) 988-5601, Besuchszeit: Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr