

**Bescheinigung
Certificate¹**
über den Krankenpflagedienst
concerning general nursing care

Name, Vorname – surname, first name:

Geburtsdatum – born:

Geburtsort – in:

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflagedienst abgeleistet.

has done practical nursing under my supervision according to the requirements of his medical studies in the hospital mentioned below.

Dauer der Ausbildung – Duration of the training

Von – from

bis - to

Die Ausbildung The training has been interrupted

nein - no

ja – yes Vom from _____ bis to _____

Ort, Datum place, date

.....
.....

Siegel
Seal

Name des Krankenhauses – Name of the hospital

.....
.....

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärzte)
(Signature of nursing supervisor)

¹ gemäß dem §7 Abs 4 der ÄAppO vom 27. Juni 2002
according to §7 part 4 of ÄAppO from June, 27th 2002