

Bescheinigung
über die Hospitation in einer ärztlichen Einrichtung

..... Studierende der Medizin

Name, Vorname.....

Geburtsdatum: Geburtsort:

hat bei mir in der unten bezeichneten ärztlichen Einrichtung insgesamt

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15* Stunden

hospitiert.

Zeitraum der Hospitation von bis

Ort, Datum

.....

.....
(Unterschrift der betreuenden Ärztin/
des betreuenden Arztes)

Siegel oder Stempel
der Einrichtung

()* Ich bitte um Zusendung des Berichtes, der von der Studentin/dem
Studenten angefertigt wurde.

*) Zutreffendes bitte kennzeichnen