

Bescheinigung über das Praktische Jahr

Der/Die Studierende der Medizin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

hat regelmäßig und ordnungsgemäß an der unter meiner Leitung in der/dem unten bezeichneten Klinik/
Krankenhaus, der Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung oder der ärztlichen Praxis
durchgeführten Ausbildung teilgenommen. Die Ausbildung erfolgte **auf der Abteilung / in der Praxis für**

Die Ausbildung wurde in

Vollzeit

Teilzeit mit einem Umfang von %* der wöchentlichen Ausbildungszeit durchgeführt.

Dauer der Ausbildung

von:

bis:

nein

ja, am / von:

bis:

Das Krankenhaus, die ärztliche Praxis bzw. die Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung ist
Lehrkrankenhaus, Lehrpraxis bzw. zur Ausbildung bestimmt worden von der Universität

(Name)

Die Ausbildung ist an einem Krankenhaus der Universität durchgeführt worden.

(Unterschrift der für die Ausbildung verantwortlichen Ärztinnen/Ärzte)
Siegel / Stempel**

(Ort, Datum)

Erläuterung zur Anlage 4:

*) erlaubte Teilzeitmaße nach § 3 Abs. 1 ÄApprO: 50 Prozent oder 75 Prozent

**) Sofern das PJ-Tertial nicht am Universitätsklinikum Augsburg oder einem Lehrkrankenhaus der Universität Augsburg durchgeführt wurde, so ist das Zeugnis gemäß Anlage 4 mit dem Stempel des (externen) Krankenhauses und dem Siegel der externen Universität zu versehen. Der Siegelabdruck ist bei Unikliniken und Lehrkrankenhäusern, die an sogenannten „PJ-Portal“ teilnehmen, entbehrlich, wenn eine Buchungsbestätigung vorgelegt werden kann, aus welchem zweifelsfrei die externe Universität und das Krankenhaus hervorgehen.