

Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus/Famula

gemäß Anlage 6 (zu § 7 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Certificado sobre la actividad como Famulus/Famula

conforme al anexo 6 (§7, Parr. 4, frase 2 ÄAppO)

Der/Die Studierende der Medizin / *El/la estudiante de Medicina*

geboren am / *nacido(a) el* _____ in / en _____,

ist nach bestandenem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung / *trabajó despues de aprobar el primer examen médico*

vom / *desde* _____ bis zum / *hasta* _____

in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus/Famula tätig gewesen / *en la institución indicada abajo bajo mi supervisión y coordinación como Famulus/Famula.*

Während dieser Zeit ist der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet / *Durante este tiempo al/a la estudiante le fueron asignadas principalmente las siguientes tareas*

_____ beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist / *La formación*

unterbrochen worden vom / *fue interrumpida desde* _____ bis zum / *hasta* _____.

nicht unterbrochen worden / *no fue interrumpida.*

Ort, / *Lugar* _____ den / *Fecha* _____

(Bezeichnung der Einrichtung, bei öffentlicher Stelle Siegel ansonsten Stempel / *Nombre de la institución y Sello*)

(Unterschrift des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Firma del médico instructor*)

- bitte auch Seite 2 ausfüllen-
-rellenar también la página 2-

**Beiblatt zu Anlage 6
zu § 7 Abs 4 Satz 2 ÄAppO
(Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus)
*Suplemento del anexo 6
§ 7 para. 4 parte 2 ÄAppO
(Certificado sobre la actividad como Famulus)***

Ergänzend zum anliegenden / umseitigen „Zeugnis über die Tätigkeit als Famulus“, / De forma complementaria al "Certificado sobre la actividad como Famulus" adjunto o impreso al dorso.

von Herrn / Frau / del Sr. / Sra. _____

über die Tätigkeit vom / sobre la actividad de _____ bis / hasta _____

wird mitgeteilt: / se comunica:

Der / die Studierende absolvierte seine / ihre Famulatur in einer / El / la estudiante finalizó su Famulatur en

Einrichtung der ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird bzw. in einer Einrichtung der ambulanten fachärztlichen Krankenversorgung (fachärztliche Praxis) / *Ambulatorio médico con coordinación médica o consultorio médico especializado (consulta de especialista)*

stationären Einrichtung des Krankenhauses bzw. in einer stationären Rehabilitationseinrichtung / *Centro de ingreso del hospital o centro de ingreso destinado a la rehabilitación*

Ort, Datum / Lugar, fecha

Name und Kontakt (Tel. / E-Mail) des ausbildenden Arztes / *Nombre y contacto (tlf. / correo electrónico) del médico instructor*

Stempel/Siegel der Einrichtung/
Sello de la institución

Unterschrift/en des/der ausbildenden Arztes/Ärzte / *Firma del/los médico/s instructor/es*